

グラウンド・ゴルフ場利用者名簿(団体用) 市内

団体名等

代表者又は申請者住所

代表者（申請者）名

電話番号

() -

No.	氏名	年齢	性別	住所	区分	貸出	体温	体調
例	岩国 太郎	25	男	岩国市	幼児・小中 大人	○	<input type="checkbox"/> 平熱 <input checked="" type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
1	代表者			岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
2				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
3				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
4				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
5				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
6				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
7				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
8				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
9				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
10				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
11				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
12				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
13				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
14				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
15				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等) <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある

※発熱及び体調不良の方は、利用をお控えください。

※お預かりした個人情報は、新型コロナウイルス感染症に関して公的機関より提出を求められた場合を除いて外部に提供することはありません。

No.	氏名	年齢	性別	住所	区分	貸出	体温	体調
16				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
17				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
18				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
19				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
20				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
21				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
22				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
23				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
24				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある
25				岩国市	幼児・小中 大人		<input type="checkbox"/> 平熱 <input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良（咳、頭痛、味覚・嗅覚障害等） <input type="checkbox"/> 設問に該当することがある

【設問】～利用者の方全員に以下の設問に該当することがないか確認してください。

- ① 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触
- ② 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合
- ③ 過去14日以内に国内外の感染拡大している地域への訪問履歴がある。
- ④ 過去14日以内に発熱や風邪症状で受診や服薬がある。

注1 上記の設問に1つでも該当することがある場合は施設のご利用はできません。

注2 利用終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、施設管理者に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告してください。

注3 受付時や着替え時等のスポーツを行っていない際や会話をする際にはマスクを着用するようにしてください。

※ 感染防止のために施設管理者が決めたその他の措置の遵守、施設管理者の指示に従っていただけない場合はご利用をお断りすることがあります。