別紙６

**埼玉大学構内課外活動誓約書兼報告書　(学外者用)**

埼玉大学構内で課外活動の実施にあたり、事前に本学の新型コロナウイルス感染症対策について説明を受け確認しました。（確認日：　　年　　月　　日）

活動に際しては、本学の新型コロナウイルス感染症対策を遵守し、感染症予防に努めることを誓います。

また、参加者が課外活動実施後14日以内に新型コロナウイルス感染症に罹患した場合には、遅滞なく連絡いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 使用施設名称・目的 |  |
| 使用日時 | 月　　　　日（　　）　　　　　：　　　～　　　： |
| 使用団体名 |  |
| 代表者氏名（所属） | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 代表者連絡先（住所・電話番号） | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※緊急時に必ず連絡がとれる電話番号） |

【参加者名簿】

施設使用者は、当日以下の内容を確認した上で、それぞれの該当する項目を☑してください

1. 体調：平熱を超える発熱、咳やのどの痛みなど風邪の症状、倦怠感や息苦しさ、味覚や嗅覚の異常など、体調の異変がある。
2. 感染疑い：過去14日以内に同居家族や身近な知人に新型コロナウイルス感染症陽性の感染者、または感染が疑われる方がいる。
3. 外国：過去１４日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある。

※上記項目にひとつでも該当する者は、課外活動への参加を禁止します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 所属 | 氏名 | 連絡先 | ①体調 | ②感染疑い | ③外国 |
| (例) | **●●大学** | **埼大　太郎** | **090XXXXXXXX** | はい　**いいえ** | はい　**いいえ** | はい　**いいえ** |
| １ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ３ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ４ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ５ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ６ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ７ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| No. | 所属 | 氏名 | 連絡先 | ①体調 | ②感染疑い | ③外国 |
| ８ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ９ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １０ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １１ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １２ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １３ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １４ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １５ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １６ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １７ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １８ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| １９ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２０ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２１ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２２ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２３ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２４ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２５ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２６ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２７ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２８ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ２９ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |
| ３０ |  |  |  | はい　いいえ | はい　いいえ | はい　いいえ |