

國立臺灣師範大學學生社團活動參加人員名單 暨嚴重特殊傳染性肺炎接觸史調查

社團名稱：
活動名稱：
注意事項：

活動時間：____年____月____日至____年____月____日止
活動負責人：

- (一) 因應疫情，活動辦理前須調查參加人員近14天旅遊史及接觸史，並於活動結束後保留相關資料備查28天。
- (二) 身體不適者不宜參與活動；活動過程中若發現參加人員出現發燒、頭痛、咳嗽、喉嚨不適、失去嗅味覺等症狀時，務必戴上口罩並立刻就醫。
- (三) 近14天內，若因嚴重特殊傳染性肺炎，被衛生主管機關列為防疫管制追蹤對象者（包含居家隔離、居家檢疫、自主健康管理），以及同住親友與嚴重特殊傳染性肺炎確診病例有接觸者，不得參與活動。
- (四) 本活動參加人員名單各欄位請務必由參加者本人**親自填寫**以示負責。

編號	參加人姓名	參加人 聯絡電話	近14天有無 出入境史	近14天有無 列入防疫管 制追蹤對象	近14天同住親 友有無與確診 案例接觸	家長/監護人			已告知 家長/監護人	備註
						姓名	關係	電話		
01			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
02			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
03			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
04			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
05			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
06			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
07			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
08			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
09			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
10			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					