

健康チェックシート/第17回四国中央市綱引大会（保護者・応援者用）

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、ご協力ください。

こちらのチェックシートに記入し、ご持参ください。

大会当日は、2階入口より入館し、『保護者・応援者受付』に提出をお願いいたします。

（保護者・応援者は、2階の出入口をご利用いただきますようお願いいたします。）

氏名	電話番号	
住所		
本日を含ま過去2週間以内に発熱、風邪の症状、味覚障害などの症状	ある	ない
同居家族や身近な人に感染が疑われる人がいる	はい	いいえ

本票は、新型コロナウイルス感染症発症の疑いが生じた場合に、保健所など医療機関の情報提供や、濃厚接触者と疑われる場合の連絡に使用することとし、これらの目的以外には利用しません。

本票に記載された方は、個人情報の取扱いに承諾したものとみなします。

健康チェックシート/第17回四国中央市綱引大会（保護者・応援者用）

※新型コロナウイルス感染拡大防止のため、ご協力ください。

こちらのチェックシートに記入し、ご持参ください。

大会当日は、2階入口より入館し、『保護者・応援者受付』に提出をお願いいたします。

（保護者・応援者は、2階の出入口をご利用いただきますようお願いいたします。）

氏名	電話番号	
住所		
本日を含ま過去2週間以内に発熱、風邪の症状、味覚障害などの症状	ある	ない
同居家族や身近な人に感染が疑われる人がいる	はい	いいえ

本票は、新型コロナウイルス感染症発症の疑いが生じた場合に、保健所など医療機関の情報提供や、濃厚接触者と疑われる場合の連絡に使用することとし、これらの目的以外には利用しません。

本票に記載された方は、個人情報の取扱いに承諾したものとみなします。