

健康チェックシート

【第16回四国中央市綱引大会】

団体名

フリガナ	連絡責任者氏名	連絡先	〒 -		TEL	() -		TEL	() -	
			自宅	勤務先	FAX	() -			携帯	- -
No.	氏名	性別	住所(居住地)	連絡先(携帯)	年齢 (現在)	風邪症状の有無 (咳・鼻水・のど痛)	だるさ・息苦し さの有無	嗅覚・味覚 異常の有無	体温	
1						有・無	有・無	有・無		
2						有・無	有・無	有・無		
3						有・無	有・無	有・無		
4						有・無	有・無	有・無		
5						有・無	有・無	有・無		
6						有・無	有・無	有・無		
7						有・無	有・無	有・無		
8						有・無	有・無	有・無		
9						有・無	有・無	有・無		
10						有・無	有・無	有・無		
11						有・無	有・無	有・無		
12						有・無	有・無	有・無		
13						有・無	有・無	有・無		
14						有・無	有・無	有・無		
15						有・無	有・無	有・無		

【注意事項】

- (1) 感染者が発生した場合は、関係機関に名簿を提出することを承諾する。
- (2) 自チームの参加者はもちろん、その他の参加者への安全確保のために虚偽の報告は行わないこと。
- (3) 15名以上が参加する場合は、本紙をコピーして作成すること。
- (4) 選手以外に監督、マネージャーも参加する場合は明記すること。
- (5) 本紙に記載された方は、個人情報の取扱いに承諾したとみなす。

令和 年 月 日