

健康観察票（入場者用）

入場・撮影希望 申請者（保護者）	氏名	
緊急時連絡先（携帯電話番号）		

1家庭1名入場可能です。関係選手をすべて記入して下さい。この個人情報は大会終了後、2週間で破棄致します。

所属（チーム）	学年	男女	氏名	選手番号

月	日	曜	検温	次の症状に該当する場合は○印を、異常がない場合は✓を記入してください。（空欄は不可）										その他		
				発熱	咳	息苦しさ	鼻水 鼻づまり	喉痛み	頭痛	下痢	嘔吐	倦怠感	味覚 嗅覚 の異常			
8月	21日	(土)	朝	. °C												
			夕	. °C												
8月	22日	(日)	朝	. °C												
			夕	. °C												
8月	23日	(月)	朝	. °C												
			夕	. °C												
8月	24日	(火)	朝	. °C												
			夕	. °C												
8月	25日	(水)	朝	. °C												
			夕	. °C												
8月	26日	(木)	朝	. °C												
			夕	. °C												
8月	27日	(金)	朝	. °C												
			夕	. °C												
8月	28日	(土)	朝	. °C												

事前に記入し、入場時に受付へ提出してください。空欄がないように確実に記入してください。

選手氏名の後に選手番号を必ず記入ください。（入場許可証の迅速な発行にご協力ください）

HPに事前掲載