

参加関係者 健康状態確認シート

大会名			
氏名		提出日	
クラブ名		当日朝検温	
携帯番号		受付時検温	
住所			

2週間前までに以下に該当する場合、症状等の有無を記入して下さい。

平熱を超える発熱	咳(せき)	のどの痛み	倦怠感	政府から観察期間を必要とされている国・地域への渡航または当該在住者との濃厚接触
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

* 本用紙で提出していただきました個人情報には本大会以外には使用しません。
また、所定の保管期間後には適切に処分いたします。

東京都レディースバドミントン連盟

参加関係者 健康状態確認シート

大会名			
氏名		提出日	
クラブ名		当日朝検温	
携帯番号		受付時検温	
住所			

2週間前までに以下に該当する場合、症状等の有無を記入して下さい。

平熱を超える発熱	咳(せき)	のどの痛み	倦怠感	政府から観察期間を必要とされている国・地域への渡航または当該在住者との濃厚接触
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

* 本用紙で提出していただきました個人情報には本大会以外には使用しません。
また、所定の保管期間後には適切に処分いたします。

東京都レディースバドミントン連盟