入館者（チーム）の健康チェックシート

提出日　令和２年＿＿月＿＿日

チ ― ム 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記入責任者 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先（携帯番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

健康チェックシート（チ―ム用）　入館時に提出。提出のない場合の参加は認めない。

	氏　　名	大会日，朝の体温	咳・鼻水・咽頭痛の症状が無い	連絡先（携帯番号等）
監督		℃	有 ・ 無	
コーチ		℃	有 ・ 無	
マネージャー		℃	有 ・ 無	

＊症状は〇×で記入

選手の背番号	氏　　名	大会日，朝の体温	咳・鼻水・咽頭痛等の症状	備　　考
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
		℃	有 ・ 無	
感染症対策の保護者		℃	有 ・ 無	
感染症対策の保護者		℃	有 ・ 無	
感染症対策の保護者		℃	有 ・ 無	

＊健康観察（コロナ対策）以外での使用は致しません。

＊体育館での事前チェック表と重なる場合には一本化する場合があります。