

健康チェックシート

【第69回千曲川少年野球大会】

チーム名					フリガナ							
フリガナ					連絡先	自宅	〒	-	TEL	()	-	体温
連絡責任者氏名									FAX	()	-	
									携帯	-	-	
No.	背番号	区分	性別	氏名	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		
1	30	監督						有・無	有・無	有・無		
2	29	コーチ						有・無	有・無	有・無		
3	28	コーチ						有・無	有・無	有・無		
4	10	主将						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		
16								有・無	有・無	有・無		
17								有・無	有・無	有・無		
18								有・無	有・無	有・無		
19								有・無	有・無	有・無		
20								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) 20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) 監督、コーチ及び選手以外にベンチ入りする保護者なども記載すること。その場合は「区分」に関係を記載すること。
- (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

※ 受付時に大会本部へ提出してください

大豆島少年野球クラブ