

所 属 (学校・道場・企業名など)	氏 名 (自 署)	参加者 ・ 引率者 ・ 役員 (審判・救護を含む) 【上記以外は会場に入れません】
----------------------	--------------	--

住 所	連絡先 TEL	— —
-----	---------	-----

※ 1ヶ月以内に海外渡航歴がある場合は、渡航先(滞在地・経由地)を記載して下さい。 日付: 月 日～ 月 日 渡航先: (経由地:)

◎ 下記の健康状態について自信で下記症状の有無について記載して下さい。

日 時	/	/	/	/	/	/	/	/
	曜日	曜日 (試験当日)						
体 温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
強いだるさ	有・無							
息苦しさ	有・無							
のどの痛み	有・無							
くしゃみ	有・無							
せ き	有・無							
たん	有・無							
味覚の変化	有・無							
その他(はきけ、腹痛、下痢等)	有・無							

注 意 事 項

- 上記氏名の署名をもって、記載事項に虚偽がないことを誓います。また、今回のイベントにおけるコロナウィルス感染症拡大防止等に関する基本方針を遵守することに同意します。
- この健康記録表の提出がない場合は、参加及び会場への入場は出来ません。自分自身で、表の中に書いてある症状が「有」るか、「無」いかを正確に記入し提出して下さい。
- この健康記録表はコロナ対策として行うものです。ご提供頂いた個人情報はその以外の目的で利用致しません。この記録表は今回のイベントを主管する愛知県柔道連盟、名古屋・西三河・東三河の各柔道協会が1ヶ月間以上保管し、その後責任を持って適切に破棄します。