提出日　　令和４年　　　月　　　日

チ ー ム 名：

記入責任者 ：

**健康チェックシート（チーム用）来館後に受付に提出。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 | 自宅電話ｏｒ携帯番号 |
| 監督 |  |  |  |  |
| コーチ |  |  |  |  |
| マネージャー |  |  |  |  |

＊症状は〇×で記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　　名 | 大会日，朝の体温 | 咳・鼻水・咽頭痛の症状が無い | 自宅電話ｏｒ携帯番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

＊健康観察（コロナ対策）以外での目的では使用しません

京都クラブバレーボール連盟