

大会関係者 健康状態確認シート

大会当日の受付時に
提出をお願いします

大会日時	2023年6月18日(日)	大会名	福井県レディースオープンバドミントン大会
------	---------------	-----	----------------------

<大会関係者情報>

区分 (いずれかに○)	選手	スタッフ	その他	クラブ名 (選手・スタッフのみ)	
氏名				生年月日	
住所	〒				
電話番号				今朝の体温 (大会当日)	°C (時 分検温)

<大会1週間前における健康状態>

37.0°C以上の熱	有	無	倦怠感、息苦しさ	有	無
咳(せき)、のどの痛み	有	無	嗅覚や味覚の異常	有	無
政府から観察期間を必要とされている国・地域への渡航 または当該在住者それに該当する者との濃厚接触				有	無

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

大会関係者 健康状態確認シート

大会当日の受付時に
提出をお願いします

大会日時	2023年6月18日(日)	大会名	福井県レディースオープンバドミントン大会
------	---------------	-----	----------------------

<大会関係者情報>

区分 (いずれかに○)	選手	スタッフ	その他	クラブ名 (選手・スタッフのみ)	
氏名				生年月日	
住所	〒				
電話番号				今朝の体温 (大会当日)	°C (時 分検温)

<大会1週間前における健康状態>

37.0°C以上の熱	有	無	倦怠感、息苦しさ	有	無
咳(せき)、のどの痛み	有	無	嗅覚や味覚の異常	有	無
政府から観察期間を必要とされている国・地域への渡航 または当該在住者それに該当する者との濃厚接触				有	無

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