健　康　調　査　表

チーム名			
責任者		TEL	
開催日		会場	湖西市アメニティプラザ

				・大会前２週間における以下の事項の有無の確認 （有りの場合〇、無しの場合×を記入						
NO	年齢	氏名	当日の体温	発熱	風邪の症状	だるさ息苦しさ	臭覚味覚異常	感染者との濃厚接触	同居・知人の感染者	渡航歴等
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										