【10月　　日】 **役員・審判員等** 健康調査票

(２日間とも受付で記入してください。)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  役　　職   |    |  氏 名   |   |
|  所 属 名   |   | 連絡先 （携帯電話）  |   |

体温（測定時刻） . ℃（ ： ）症状の有無 いずれかに〇をお願いします。

①強いだるさ あ り ・ な し

②息苦しさ あ り ・ な し

③のどの痛み あ り ・ な し

④くしゃみ あ り ・ な し

⑤咳 　　あ り ・ な し

⑥たん あ り ・ な し

⑦味覚の変化 あ り ・ な し

⑧臭覚の変化 あ り ・ な し

⑨その他 嘔 吐・腹 痛・下 痢

（ある場合は〇をお願いします。）

.

＊この用紙は、大会当日の健康状態を確認するため提出していただきます。