

受 審 票

令和 年 月 日

所 属 団 体	受審段・級位	氏 名 ^{ふりがな}	性 別
			男 ・ 女
住 所	〒 ー		自宅電話 または 携帯電話
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢	歳

健 康 調 査 票

下記の項目を確認し、☑を入れて下さい。

☐	1. 7日以内に、37.5℃以上の発熱はない。
☐	2. 咳、喉の痛み、倦怠感、味覚、嗅覚等の異常を感じない。
☐	3. 陽性者との濃厚接触はない。
体 温 (1時間以内の検温) °C	
☑が入らない理由	

保護者 署 名	(高校生以下の場合)
------------	------------