

健康記録表兼同意書

事業名：

主催団体： 公益財団法人東京都柔道連盟

氏名：

連絡先：

◆下記の健康状態について、自身で下記症状の有無について記載してください。（当日を含めて8日間）

①体温は毎朝の体温を記入。 ②6項目は、**症状があるときのみ「✓」を記入。**

		①	②					
月日（曜日）		体温	発熱	喉の痛み	咳	倦怠感	息苦しさ	味覚/嗅覚異常
		℃						
		℃						
		℃						
		℃						
		℃						
		℃						
		℃						
事業当日		℃						

● 私は、この健康記録表の記載内容に虚偽がないことを誓います。

氏名（自署）：