

大会名／ 第4回 真正会 全日本ジュニア選手権大会：第1回 新人空手道選手権大会

区分 (選手・セコンド・その他)		氏名	
所属		連絡先番号	

◎自身または保護者が下記症状の有無について記載してください。(練習直前または当日朝に記入)

	月日(曜日)	5/10(月)	5/11(火)	5/12(水)	5/13(木)	5/14(金)	5/15(土)	5/16(日)
→数値を記入	練習(した日に○)							
	練習場所							
	測定時刻							
	朝の体温 (数値を記入)							
→症状が有る 場合に○	※強いだるさ							
	※息苦しさ							
	のどの痛み							
	くしゃみ							
	咳							
	たん							
	味覚の変化							
	嗅覚の変化							
	その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							

	月日(曜日)	5/17(月)	5/18(火)	5/19(水)	5/20(木)	5/21(金)	5/22(土)	5/23(日)
→数値を記入	練習(した日に○)							
	練習場所							
	測定時刻							
	朝の体温 (数値を記入)							
→症状が有る 場合に○	※強いだるさ							
	※息苦しさ							
	のどの痛み							
	くしゃみ							
	咳							
	たん							
	味覚の変化							
	嗅覚の変化							
	その他 (嘔吐・腹痛・下痢等)							

2021年5月23日

署名

※未成年の方は、同伴保護者または指導者