

柏の葉ポールウォーキングクラブ ヘルスチェックシート

新型 コロナウィルス感染拡大防止のため ご記入をお願いします。
なお、該当する項目がある場合は、体験教室への参加をご遠慮いただいております。

日時 令和 年 月 日(夏時間・冬時間) 時 分頃

ふりがな

お名前 「

」

ご連絡先 携帯電話番号等 ()

過去14日以内に

①発熱や風邪、味覚障害の症状はありませんか？

ある・ない

②「息苦しさ」「強いだるさ」等の症状はありませんか？

ある・ない

③同居している方に①②の症状はありませんか？

ある・ない

④ご自身や同居している方に海外への渡航歴はありませんか？

ある・ない

※ご記入いただきました情報は、体験教室で新型コロナウイルス感染症の発生及び疑いが生じた場合のみ使用します。
※ご記入いただいた情報は、クラブで次回体験教室まで 保管したのち、連絡がない場合処分いたします。

※お一人様 1枚の 記入を お願いいたします。 ただし、同居のご家族とのご来所の場合は、代表者のみで結構です。

柏の葉ポールウォーキングクラブ ヘルスチェックシート

新型 コロナウィルス感染拡大防止のため ご記入をお願いします。
なお、該当する項目がある場合は、体験教室への参加をご遠慮いただいております。

日時 令和 年 月 日(夏時間・冬時間) 時 分頃

ふりがな

お名前 「

」

ご連絡先 携帯電話番号等 ()

過去14日以内に

①発熱や風邪、味覚障害の症状はありませんか？

ある・ない

②「息苦しさ」「強いだるさ」等の症状はありませんか？

ある・ない

③同居している方に①②の症状はありませんか？

ある・ない

④ご自身や同居している方に海外への渡航歴はありませんか？

ある・ない

※ご記入いただきました情報は、体験教室で新型コロナウイルス感染症の発生及び疑いが生じた場合のみ使用します。
※ご記入いただいた情報は、クラブで次回体験教室まで 保管したのち、連絡がない場合処分いたします。

※お一人様 1枚の 記入を お願いいたします。 ただし、同居のご家族とのご来所の場合は、代表者のみで結構です。