

イベント() 当日受付 年 月 日()

* ご記入は、保険加入のため正確にご記入をお願いいたします。

ふりがな		性別 男・女	生年月日		年	月	日/年齢	才
氏名			(西暦)					
住所〒			パソコメール					
TEL		FAX		携帯番号				
ご体調について	1. 平熱を超えた発熱		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	2. せき、のどの痛み		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	3. だるさ(倦怠感)、息苦しさ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	4. 味覚や嗅覚の異常		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	5. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	6. 過去14日以内に、政府から入国制限もしくは入国後の観察期間を必要とされている国や地域への渡航、又は当該在住者や渡航者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	7. 特定警戒都道府県への移動、または移動してきた方との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				

ふりがな		性別 男・女	生年月日		年	月	日/年齢	才
氏名			(西暦)					
住所〒			パソコメール					
TEL		FAX		携帯番号				
ご体調について	1. 平熱を超えた発熱		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	2. せき、のどの痛み		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	3. だるさ(倦怠感)、息苦しさ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	4. 味覚や嗅覚の異常		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	5. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	6. 過去14日以内に、政府から入国制限もしくは入国後の観察期間を必要とされている国や地域への渡航、又は当該在住者や渡航者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	7. 特定警戒都道府県への移動、または移動してきた方との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				

ふりがな		性別 男・女	生年月日		年	月	日/年齢	才
氏名			(西暦)					
住所〒			パソコメール					
TEL		FAX		携帯番号				
ご体調について	1. 平熱を超えた発熱		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	2. せき、のどの痛み		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	3. だるさ(倦怠感)、息苦しさ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	4. 味覚や嗅覚の異常		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	5. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	6. 過去14日以内に、政府から入国制限もしくは入国後の観察期間を必要とされている国や地域への渡航、又は当該在住者や渡航者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	7. 特定警戒都道府県への移動、または移動してきた方との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				

ふりがな		性別 男・女	生年月日		年	月	日/年齢	才
氏名			(西暦)					
住所〒			パソコメール					
TEL		FAX		携帯番号				
ご体調について	1. 平熱を超えた発熱		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	2. せき、のどの痛み		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	3. だるさ(倦怠感)、息苦しさ		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	4. 味覚や嗅覚の異常		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	5. 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	6. 過去14日以内に、政府から入国制限もしくは入国後の観察期間を必要とされている国や地域への渡航、又は当該在住者や渡航者との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				
	7. 特定警戒都道府県への移動、または移動してきた方との濃厚接触		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし				