

## 大会当日の体調チェックシート

日付	月 日( )
チーム(県)	

のどの痛み・咳・体のだるさ・頭痛・食欲低下・嗅覚味覚異常については、ある、なし、を記載その他、については特に気になることがあれば記載

[illegible]