大会当日の体調チェックシート（各所属ごとに提出してください） 保護者観覧用

日 付	8月　　21日　（　日　）	所属名：

	氏　名	体温	のどの痛み	咳	身体のだるさ	頭痛	食欲低下	嗅覚・味覚異常	その他
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									