

		利用日	令和 年 月 日		
健康状態申告書		利用施設	利用時間		
			時 分 ~ 時 分		
団体名			利用目的		
番号	①氏名	②住所 (群馬県在住の方は市町村から。他都道府県の方は都道府県から。)	③発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状	④頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚・味覚障害	⑤緊急時連絡先(携帯電話番号) 携帯電話をお持ちで無い場合は自宅または保護者の番号
責任者			あり・なし	あり・なし	
①			あり・なし	あり・なし	
②			あり・なし	あり・なし	
③			あり・なし	あり・なし	
④			あり・なし	あり・なし	
⑤			あり・なし	あり・なし	
⑥			あり・なし	あり・なし	
⑦			あり・なし	あり・なし	
⑧			あり・なし	あり・なし	
⑨			あり・なし	あり・なし	
⑩			あり・なし	あり・なし	
⑪			あり・なし	あり・なし	
⑫			あり・なし	あり・なし	
⑬			あり・なし	あり・なし	
⑭			あり・なし	あり・なし	
⑮			あり・なし	あり・なし	
⑯			あり・なし	あり・なし	
⑰			あり・なし	あり・なし	
⑱			あり・なし	あり・なし	
⑲			あり・なし	あり・なし	
⑳			あり・なし	あり・なし	
㉑			あり・なし	あり・なし	
㉒			あり・なし	あり・なし	
㉓			あり・なし	あり・なし	
㉔			あり・なし	あり・なし	
㉕			あり・なし	あり・なし	
誓約 上記の記載事項に間違いはありません。 ※ 誤り又は虚偽の記載がある場合には、 団体及び個人の今後の利用を制限 させていただく場合もございます。			(責任者サイン欄)		
※1 収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人同意がある場合を除き、他に利用及び提供することは致しません。 2 参加者に感染者が出た場合は、保健所等からの聞き取り調査への協力をお願いします。 3 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。 4 入場の際、必ず検温を実施してください。					