居合道中央・地区講習会（栃木）申込書

令和５年７月２２日（土）～７月２３日（日）

（於・栃木県立県南体育館）

剣道連盟

番号	7／22	7／23	称号	段位	氏　　名	年齢	流派名	職業
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		

居合道中央・地区講習会（高知）申込書

令和５年７月１日（土）～７月２日（日）

（於・高知県立県民体育館）

剣道連盟

番号	7／1	7／2	称号	段位	氏　　名	年齢	流派名	職業
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		
	住所	〒				電話		

健康確認票

登録都道府県名（　　）　　記入日　令和　　/　/

氏名（　　）　年齢（　　）

連絡先電話番号（　　）

緊急時連絡先電話番号（　　）

当日体温	当日体調（✓を入れてください）
℃	□特段問題はない □発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・　その他の症状(頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がある

この表に記入いただいた全ての情報はCovid-19感染予防の目的以外の使用はせず、厳重に取扱いたします。

ワクチン接種についての回答は任意です。
行事内で感染が確認された場合のリスク管理のために確認しております。

下記チェック欄にチェックを入れてください。

ワクチン接種について　□3回以上済み　　□１回もしくは2回済み　　□していない

最後にワクチン接種をした日　　年　　月　　日（　　回目）

□直近１週間以内に、発熱（37.5℃以上）・咽頭痛・咳・嗅覚異常・味覚異常・強い倦怠感・
その他の症状(頭痛・腹痛・下痢・嘔吐等）がない

※緊急時連絡先電話番号はご家族とご連絡が取れる番号をご記入ください