

参加承諾書および健康観察記録表

学 校 名		市・区
		立
氏 名		学 年
		年
		男
		女

以下の通り、健康状態を報告致します。

日付	体温	のどの痛み	咳が出る	だるさ	息苦しさ	頭痛	発熱	嗅覚味覚の異常	家族や知人に感染者がいる
10月7日	℃								
10月8日	℃								
10月9日	℃								
10月10日	℃								
10月11日	℃								
10月12日	℃								
10月13日	℃								
10月14日	℃								
10月15日	℃								
10月16日	℃								

健康であることを確認できましたので、体験授業に参加させます。

保護者指名

印

【備 考】 ・空欄をすべて記入し、チェックを付け、保護者押印の上、当日に受付までご提出ください。

- ・お預かりした情報は、本学園「個人情報保護方針」に従い適正に管理し体験授業以外では使用いたしません。