

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
	男	年
	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21日	℃								
10月22日	℃								
10月23日	℃								
10月24日	℃								
10月25日	℃								
10月26日	℃								
10月27日	℃								
10月28日	℃								
10月29日	℃								
10月30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。