

<入館/入場受付票>

利用施設名： _____

利用日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
氏名		利用人数	人
住所	静岡市 葵 区 ・ 駿河区 ・ 清水区		
電話番号	() ー		
利用施設 <small>※利用する施設に し点して下さい。</small>	<input type="checkbox"/> アリーナ <input type="checkbox"/> トレーニング場 <input type="checkbox"/> 軽運動室 <input type="checkbox"/> ターゲットボードゴルフ <input type="checkbox"/> 柔道場 <input type="checkbox"/> 弓道場 <input type="checkbox"/> プール <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 剣道場 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> 陸上競技場 <input type="checkbox"/> 卓球場/卓球コナ <input type="checkbox"/> 会議室 <input type="checkbox"/> グラウンドゴルフ		
健康状態 <small>※利用者全員の健康 状態を確認し、1人 でも当てはまる場合 はし点して下さい。</small>	本日の体温 <input type="checkbox"/> 平熱である <input type="checkbox"/> 発熱がある (°C)		
	過去2週間以内に以下の事項に該当があればし点してください。 <input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱があった。 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触があった。 <input type="checkbox"/> 咳、喉の痛み等風邪の症状があった。 <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいた。 <input type="checkbox"/> だるさ、息苦しさがあった。 <input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察 期間を必要とされる国、地域等への渡航又は当該在 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常があった。 住者との濃厚接触があった。 <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等		

◎複数人で利用される場合は代表者をご記入ください。

----- <キリトリ> -----

<入館/入場受付票>

利用施設名： _____

利用日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
氏名		利用人数	人
住所	静岡市 葵 区 ・ 駿河区 ・ 清水区		
電話番号	() ー		
利用施設 <small>※利用する施設に し点して下さい。</small>	<input type="checkbox"/> アリーナ <input type="checkbox"/> トレーニング場 <input type="checkbox"/> 軽運動室 <input type="checkbox"/> ターゲットボードゴルフ <input type="checkbox"/> 柔道場 <input type="checkbox"/> 弓道場 <input type="checkbox"/> プール <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 剣道場 <input type="checkbox"/> 多目的室 <input type="checkbox"/> 陸上競技場 <input type="checkbox"/> 卓球場/卓球コナ <input type="checkbox"/> 会議室 <input type="checkbox"/> グラウンドゴルフ		
健康状態 <small>※利用者全員の健康 状態を確認し、1人 でも当てはまる場合 はし点して下さい。</small>	本日の体温 <input type="checkbox"/> 平熱である <input type="checkbox"/> 発熱がある (°C)		
	過去2週間以内に以下の事項に該当があればし点してください。 <input type="checkbox"/> 平熱を超える発熱があった。 <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触があった。 <input type="checkbox"/> 咳、喉の痛み等風邪の症状があった。 <input type="checkbox"/> 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいた。 <input type="checkbox"/> だるさ、息苦しさがあった。 <input type="checkbox"/> 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察 期間を必要とされる国、地域等への渡航又は当該在 <input type="checkbox"/> 嗅覚、味覚の異常があった。 住者との濃厚接触があった。 <input type="checkbox"/> 体が重く感じる、疲れやすい等		

◎複数人で利用される場合は代表者をご記入ください。