

|   |              |
|---|--------------|
| ふりがな<br>お名前   | ☎ (連絡の取れる番号) |
| この一週間、発熱や喉の痛みなどの COVID-19 が疑われるような症状はありません。(本人)<br>また、近親者、職場同僚、長い時間をともに過ごす人等に上記症状がある人はいません。 |              |
| <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                    |              |
| 紹介者(出演団体等)  |              |

|   |              |
|---|--------------|
| ふりがな<br>お名前   | ☎ (連絡の取れる番号) |
| この一週間、発熱や喉の痛みなどの COVID-19 が疑われるような症状はありません。(本人)<br>また、近親者、職場同僚、長い時間をともに過ごす人等に上記症状がある人はいません。 |              |
| <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                    |              |
| 紹介者(出演団体等)  |              |

|   |              |
|---|--------------|
| ふりがな<br>お名前   | ☎ (連絡の取れる番号) |
| この一週間、発熱や喉の痛みなどの COVID-19 が疑われるような症状はありません。(本人)<br>また、近親者、職場同僚、長い時間をともに過ごす人等に上記症状がある人はいません。 |              |
| <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                    |              |
| 紹介者(出演団体等)  |              |

|   |              |
|---|--------------|
| ふりがな<br>お名前   | ☎ (連絡の取れる番号) |
| この一週間、発熱や喉の痛みなどの COVID-19 が疑われるような症状はありません。(本人)<br>また、近親者、職場同僚、長い時間をともに過ごす人等に上記症状がある人はいません。 |              |
| <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                    |              |
| 紹介者(出演団体等)  |              |