

氏名: \_\_\_\_\_

- ①トライアウト当日までの毎朝必ず、体温を測り、症状の有無を記録してください。
- ②当てはまる症状がある場合は、必ず下記連絡先にご報告ください。
- ③体温の( : )内には時間を記載してください。
- ④トライアウト参加後二週間以内に陽性反応が検出された場合には下記連絡先まで早急にご連絡ください
- ⑤トライアウト当日にこのチェックシートを持参し受付にて提出してください

連絡先：株式会社THTマネジメント 042-649-4440



症状/日付	7月 13日 (月)		7月 14日 (火)		7月 15日 (水)		7月 16日 (木)		7月 17日 (金)		7月 18日 (土)		7月 19日 (日)	
体温	朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C	
咳	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
のどの痛み	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
痰	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
鼻水	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
息苦しさ	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
だるさ	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
胃腸症状	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
その他症状														
症状/日付	7月 20日 (月)		7月 21日 (火)		7月 22日 (水)		7月 23日 (木)		7月 24日 (金)		7月 25日 (土)		7月 26日 (日)	
体温	朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C		朝( : ) °C	
咳	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
のどの痛み	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
痰	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
鼻水	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
息苦しさ	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
だるさ	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
胃腸症状	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし	あり	なし
その他症状														

※下記に同意していただけただけの際はチェック欄にチェックをつけてください。

- トライアウト参加後二週間以内に陽性反応が検出された場合には早急に上記連絡先に連絡致します。

問い合わせ先

東京八王子ビートルズ  
 〒192-0904  
 東京都八王子市子安町3-6-7 サザンエイトビル1F  
 TEL:042-649-4440  
 FAX:042-649-4441