**様式３**

チーム健康チェックシート（毎回提出）

（公財）全国高等学校体育連盟ハンドボール専門部　殿

令和３年３月　　日

学　校　名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

引率責任者　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

感染症対策責任者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

連絡先：携帯電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

※チーム内で陽性・感染を疑う症状を発症した場合の対応責任者となります

　　　　　原則、引率責任者以外の成人とする

●大会２週間前と当日個人体調チェックシートのチェック状況

から判断して出場を自粛する者が

い　る　　　いない　（いずれかに◯印）

「い　る」場合には、具体的に確認します。

※大会当日、受付に提出してください。