＊切り取って１部だけご提出ください。

健康調査に御協力お願いします。（２週間経過後シュレッダーで裁断後破棄します）

生　徒	氏名	（　　）中学校		
保護者	氏名	緊急連絡先電話番号（　　）		
	今朝の体温	せき等の風邪症状	倦怠感	味覚嗅覚の異常
生　徒	℃	有　無	有　無	有　無
保護者	℃	有　無	有　無	有　無

キ　リ　ト　リ　セ　ン

健康調査に御協力お願いします。（２週間経過後シュレッダーで裁断後破棄します）

生　徒	氏名	（　　）中学校		
保護者	氏名	緊急連絡先電話番号（		
	今朝の体温	せき等の風邪症状	倦怠感	味覚嗅覚の異常
生　徒	℃	有　無	有　無	有　無
保護者	℃	有　無	有　無	有　無

キ　リ　ト　リ　セ　ン

健康調査に御協力お願いします。（２週間経過後シュレッダーで裁断後破棄します）

生　徒	氏名	（　　）中学校		
保護者	氏名	緊急連絡先電話番号（　　）		
	今朝の体温	せき等の風邪症状	倦怠感	味覚嗅覚の異常
生　徒	℃	有　無	有　無	有　無
保護者	℃	有　無	有　無	有　無

キ　リ　ト　リ　セ　ン

健康調査に御協力お願いします。（２週間経過後シュレッダーで裁断後破棄します）

生　徒	氏名	（　　）中学校		
保護者	氏名	緊急連絡先電話番号（　　）		
	今朝の体温	せき等の風邪症状	倦怠感	味覚嗅覚の異常
生　徒	℃	有　無	有　無	有　無
保護者	℃	有　無	有　無	有　無