参加者（かき夫、帯同者）健康チェックシート　　屋台・みこし名：　　１０月　　日　　時確認

（点検者：　　）

No.	氏　　名	住　　所	年齢	ワクチン接種回数	PCR検査等陰性確認	検　温	その他
1	〈記入例〉 ○○　○○	西条市・・・・	△△	3		✓	
2	□□　□□	西条市・・・・	◇◇	2	✓	✓	