

お客様健康状態お伺いシート

体験施設：スタジオダブルアール

体験名：フライングヨガ

ご利用ありがとうございます。

新型コロナウイルスの感染が、お客様・スタッフに拡大することを防止するため、以下の事項にご記入をいただく様、お願い致しております。大変お手数をお掛けしますが、ご理解・ご協力をお願い致します。

なお、一つでも該当しない項目がある場合は、体験いただけません。

以下の項目に該当する場合は 内に をお願いします。

- 発熱（37.5 度以上）、風邪のような症状、体の怠さ、咳の症状はありません。
- 体験日前 2 週間以内に同居家族を含め、体験者が県外へ移動していません。
- 体験日前 2 週間以内に同居家族を含め、体験者が新型コロナウイルス感染症を発症していません。
- 体験日前 2 週間以内に同居家族を含め、体験者が新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者に該当しません。
- 体験日前 2 週間以内に同居家族を含め、体験者が新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者と接触していません。

上記の記載に相違ありません。

また、個人情報の取り扱いについて理解し、同意した上で体験致します。

ご署名日： 年 月 日

ご住所： 〒

電話番号：

ご署名（体験者）： _____（体温 _____℃）

※こちらの用紙は、体験日に体験施設へ提出をお願いします。

～個人情報の取り扱いについて～

ご記入いただきました個人情報は、万一感染者が確認された場合の感染経路追跡にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。また、政令の定めにより提供を求められた場合を除き、該当個人情報を第三者に提供すること