

症状チェックシート

| | | | |
|------|--|------|--|
| 団体番号 | | 団体名 | |
| 担当者名 | | 携帯電話 | |

[提出日]10月12日

[提出先] λ 19前

[対象者]当日食品調理販売する全てのメンバー

[illegible]

※提出時間は振り分けられたタームの時間を参照にしてください

※SFC以外の学部 zu 所属の人はカッコ欄に学部名の一文字目を記入してください

※人数分足りない場合は必要枚数分を印刷をして記入し、提出してください