令和　　年　　月　　日

川崎市剣道連盟会長　殿

健　康　確　認　届

氏　名

生年月日　　　　　年　　　月　　　日　　　（　　　歳）

所　属

緊急連絡先

健康面で不安な理由（症状）

対処方法

付き添いの有無　　　どちらかに○をつけてください。

（有・無）付き添い者氏名