

カミーリヤ施設利用者名簿（No. ）

利用日： 令和 年 月 日 施設名： _____

団体名： _____ 代表者： _____

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、保健所等の関係機関から要請があれば、この名簿を提供することに同意します。

氏名 ※自身でご記入ください	(フリガナ)	連絡先
1	【代表者】	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

※この名簿は、感染症拡大防止以外の目的には使用いたしません。
使用施設利用後に受付に提出してください。