

ご宿泊受付カード

宿泊施設名： _____

宿泊日： _____ 月 _____ 日

代表者情報	カナ					ご年齢		ご職業	
	氏名								
	住所	〒 _____				TEL _____			
人数	男性	名	お食事	夕食	朝食	朝弁当(昼食用)	素泊まり		
	女性	名							
	計	名		名	名	名	名		
				夜弁当(朝食用)					
前夜(宿泊地)				行き先地				食事制限 (アレルギー等) 有り 無し	

【同行者全員分のお名前と連絡先を記入してください。】 ※書ききれない場合は裏面をご利用ください。

氏名	連絡先電話番号	氏名	連絡先電話番号

※お預かりした個人情報は、感染症拡大を防止するため、保健所に提供する場合がございます。

【新型コロナウイルス感染症に関する確認事項】

以下に該当する方がいらっしゃる場合は、受付時にお申し出ください。

- ◎発熱の症状がある
- ◎咳・咽頭痛・倦怠感など風邪に似た症状がある
- ◎味覚・嗅覚に異常を感じる
- ◎2週間以内に37.5℃以上の発熱があった
- ◎2週間以内に海外への渡航歴がある
- ◎2週間以内に新型コロナウイルス感染者、またはその疑いのある人と接触した

該当 有り 無し