＜新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、事前にご記入いただき、研修当日受付時にご提出ください＞

体調チェックシート

記入日：令和２年　　月　　日

氏名：　　会社名：

緊急連絡先電話番号：

１　**開催日 14 日以内**について、下記質問の該当する部分にレ点の記入をお願いいたします。

※１つでも該当する場合は講習の参加をご遠慮いただいております。

質　問	回　答
平熱を超える発熱がありましたか。	□ はい　□ いいえ
風邪の症状がありますか。（咳・のどの痛み等） →はいと回答された場合、具体的な症状をご記入ください。 内容（　　）	□ はい　□ いいえ
味覚・嗅覚の異常が出ていますか。	□ はい　□ いいえ
海外渡航をされましたか。	□ はい　□ いいえ
新型コロナウイルス感染症陽性者との接触はありましたか。	□ はい　□ いいえ
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいましたか。	□ はい　□ いいえ

２　そのほか、気になる点や伝えたいことがございましたら、ご記入ください。

＊記入内容は当協会研修会のみにおいて使用いたします。（書類は一か月保管した後、破棄いたします。）

＊万が一の場合、行政機関等へ提出し情報提供することをご了承ください。

ご協力ありがとうございました。

神奈川県職業能力開発協会　企画事業部
（TEL：045-633-5418）