

新型コロナウイルス感染予防対策のため健康チェックにご協力ください。

※受付にご提出ください。

健康チェック票

氏名	
----	--

(相談支援従事者初任者研修)

日付	令和	年	月	日
----	----	---	---	---

症状等		どちらかにチェック	
1	37.5度以上の発熱	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
2	風邪症状や味覚・嗅覚異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
3	直近2週間以内に上記症状はありませんか	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
4	家族や身近な人に上記の人はいませんか	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

万が一、新型コロナウイルスに関して、保健所から要請があれば、氏名及び所属先の連絡先を提供する場合があります。