

新型コロナウイルス感染症対策チェックシート

研修会名:令和3年度 同行援護従業者養成研修
主催:徳島県立障がい者交流プラザ視聴覚障がい者支援センター

この研修では、受講生同士が接触する実習を行います。皆様の健康を守るため、チェックシートでの確認にご理解くださいますようお願い致します。

ご記入の上、研修会初日に受付へ提出してください。

項目	回答欄
開催日前14日以内で、以下の症状に当てはまるものはありましたか？ ①37.5度を超える発熱 ②咳 ③のどの痛み ④倦怠感 ⑤息苦しさ ⑥味覚や嗅覚の異常	はい いいえ
新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚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はいますか？	はい いいえ
開催日前14日以内に、 感染が拡大している地域 への移動はありましたか？	はい いいえ

上記の回答欄の「はい」に1項目でも○がつく場合は、次年度の同様の研修にご参加くださいますようお願い致します。

令和 年 月 日

住所

氏名

電話番号

- ・感染が拡大している地域に該当する都道府県は2週間前にご連絡いたします
- ・記入内容は当該研修会のみにおいて活用いたします
- ・行政機関等からの要請があった場合に提出し、情報提供することを予めご了承ください

ご協力ありがとうございました。