

※山口県介護支援専門員主任受講要件研修の各受講研修日程日の朝、受付でご提出ください。  
※個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません。

令和3年度 主任介護支援専門員更新研修 受講要件研修  
研修参加時健康チェック表

No ( ) 受講番号 ( ) 受講日 令和3年 月 日

氏名：	体温 (°C)	当日朝 ( . ) °C
		受付時 ( . ) °C
2週間以内の感冒症状 (本人)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
2週間以内の渡航・感染者発生都道府県訪問	<input type="checkbox"/> ある ( ) 日前	地域 ( )
	<input type="checkbox"/> なし	
発熱している (平熱より高いと感じる)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
呼吸症状、だるさなど、風邪に似た症状がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
息苦しさを感じたり、胸に痛みがあったりする	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
味覚や嗅覚に異常がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
下痢、嘔吐、腹痛などの症状がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし

新型コロナウイルス感染予防対策として下記にご留意の上、ご参加をお願いいたします。  
・研修当日 (朝の時点) に、健康チェック表を記載いただき、当てはまる項目が1つでもありましたら、事務局へ連絡の上、受講を控えてください。

※山口県介護支援専門員主任受講要件研修の各受講研修日程日の朝、受付でご提出ください。  
※個人情報保護に努め他の目的には使用いたしません。

令和3年度 主任介護支援専門員更新研修 受講要件研修  
研修参加時健康チェック表

No ( ) 受講番号 ( ) 受講日 令和3年 月 日

氏名：	体温 (°C)	当日朝 ( . ) °C
		受付時 ( . ) °C
2週間以内の感冒症状 (本人)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
2週間以内の渡航・感染者発生都道府県訪問	<input type="checkbox"/> ある ( ) 日前	地域 ( )
	<input type="checkbox"/> なし	
発熱している (平熱より高いと感じる)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
呼吸症状、だるさなど、風邪に似た症状がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
息苦しさを感じたり、胸に痛みがあったりする	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
味覚や嗅覚に異常がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
下痢、嘔吐、腹痛などの症状がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし

新型コロナウイルス感染予防対策として下記にご留意の上、ご参加をお願いいたします。  
・研修当日 (朝の時点) に、健康チェック表を記載いただき、当てはまる項目が1つでもありましたら、事務局へ連絡の上、受講を控えてください。