

※本研修の各受講日の朝、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4年度 スーパーバイザー養成研修 実践編 研修会
研修参加時健康チェック表

受講番号 ()

受講日 令和4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。

✂-----✂-----✂-----✂

※本研修の各受講日の朝、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4年度 スーパーバイザー養成研修 実践編 研修会
研修参加時健康チェック表

受講番号 ()

受講日 令和4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。