

【健康状態申告書】

受講者の皆様には、下記の内容を記載し、受講日ごとに毎回受付にてご提出いただきます。

～ 感染症感染拡大防止にご協力をお願いいたします。 ～

研修日	年 月 日 ()		
研修名 ※✓を記入する。	<input type="checkbox"/> 専門研修課程 I	<input type="checkbox"/> 主任「更新」研修	<input type="checkbox"/> 主任研修
	<input type="checkbox"/> 専門研修課程 II	<input type="checkbox"/> 再・更新研修	<input type="checkbox"/> 実務研修
氏名			受講番号
自宅所在地	市・町・村	緊急連絡先(携帯)	
メールアドレス			
事業所名			
勤務先市町村	市・町・村	勤務先電話番号	
体温	°C (時 分)	風邪の症状	あり ・ なし
14日以内の発熱・感冒(かぜ)症状での受診や服薬			あり ・ なし
直近14日以内の沖縄県外(国外含む)への訪問歴			あり ・ なし
「訪問歴あり」の方は訪問先及び滞在期間ご記入ください。		(訪問先)	
		(期間)	月 日～ 月 日
※注意※ 感染拡大している地域や国への訪問歴が14日以内にある方は、研修への参加をお断りさせていただきます。			
研修前の道程(自宅⇒研修会場) 立ち寄った場所等	例) 自宅 → ローソン〇〇店 → 会場		
研修後の道程(研修会場⇒自宅) 立ち寄る場所等 ※予定	例) 会場 → 勤務先 → 〇〇スーパー〇〇店 → 自宅		
【研修に参加するにあたっての同意事項】			
※新型コロナウイルス感染拡大を防ぐため、以下についてご協力をお願いいたします。			
①会場に入室する前には、必ず手洗い、手指消毒をいたします。			<input type="checkbox"/> 同意します
②研修期間中は必ずマスクを着用し、また予備の準備をいたします。			<input type="checkbox"/> 同意します
③研修期間中のゴミは、毎日必ず持ち帰ります。			<input type="checkbox"/> 同意します
④感染予防対策に関し、実施・協力が出来ない場合は、研修への参加をお断りさせていただきます。			<input type="checkbox"/> 同意します
⑤この申告書の内容を研修会場管理事業者と共有することに同意します。			<input type="checkbox"/> 同意します
⑥感染者が出た場合、この申告書を保健所等へ提供することに同意します。			<input type="checkbox"/> 同意します
1. 本研修の参加にあたり収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合又は本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供する事はしません。			
2. 参加者に感染者が出た場合における保健所等の聞き取り調査への協力をお願いいたします。			
3. 濃厚接触者となった場合は、14日間を目安に自宅待機をお願いすることがあります。			