

毎日提出してください

# 新型コロナウイルス感染症に係る健康 チェックシート（兼同意書）

下記の項目について、セルフチェックをして受講日ごとに提出をお願いします。「ある」に該当する場合その他不安がある場合には、受講をご遠慮いただきますので協会(TEL0776-54-3323)あてご連絡ください。

感染が疑われる場合は、受講途中でも参加をご遠慮いただきますので、あらかじめご了承ください。

事前 チエック	1	14日以内に、※緊急事態宣言対象地域や海外に、往 来又は居住していた	ある	ない
	2	濃厚接触者とされて14日間の健康観察期間である (検査の結果、陰性とされた場合も含む)	ある	ない
当日(朝) チエック	3	風邪の症状や発熱がある(平熱に比べて高いなど)	ある	ない
	4	強いだるさ(倦怠感)を感じる	ある	ない
	5	息苦しさ(呼吸困難)を感じる	ある	ない
	6	味覚・嗅覚障害を感じる	ある	ない

※緊急事態宣言対象地域は最新のものに注意してください。

公益社団法人福井県労働基準協会 宛

本講習で新型コロナウイルス感染者が発生した場合、保健所等へ連絡先・氏名・電話番号の個人情報提供に同意します。

[連絡先：自署]

令和3年 月 日提出

(記入必須) 本人氏名

(受講No. )

(各講習2日目以降記入任意) 現在の住所

(各講習2日目以降記入任意) TEL (自宅)

携帯

取得しました個人情報等は、当講習会で新型コロナウイルス感染症が発生した場合、保健所等へ提供するもので、他の目的には使用いたしません。

受講者をはじめ関係者の皆様のご理解・ご協力をお願いします。

公益社団法人福井県労働基準協会

整理番号：