

●実習生は、こちらの様式に記入し、当日、実習指導者に提出願います。

実習 日目(      /      )

【新型コロナウイルス感染症対策に関する健康チェックシート】

受講決定番号:

実習事業所名	氏名
--------	----

1. 実習当日の朝、体調のセルフチェックを必ず行ってください。

チェック項目に該当した場合は、実習に参加することができませんので、速やかに、実習事業所及び秋田県社会福祉協議会(Tel018-824-3666)に御連絡ください。

本日以下の症状はありますか。	当てはまる方に○で囲む	
・37.5℃以上の発熱(朝)	あり	なし(      .      )℃
・風邪の症状	あり	なし
・強いだるさ	あり	なし
・息苦しさ	あり	なし

2. 新型コロナウイルス感染症予防のため、以下の物をお持ちください。

○ハンカチ、ティッシュ等

○マスク(色、柄は問わない)