指導者養成講習会　受講者体調確認表

□日　時　　令和２年１０月２５日（日）　　　　□会　場　　鶴ヶ城体育館

□氏　名

□住　所

□所　属

（職場）

□連絡先（電話番号）

□本日の体温　　　　　　　　．　　度

□２週間前から下記の症状等について御記入ください。

□平熱を超える発熱（おおむね３７度５分以上）　　　　　　　　　 あり　　　なし

□咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状　　　　　　　　　　　　　あり なし

□だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）　　　　　　　　　　　　あり　　　なし

□嗅覚や味覚の異常　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 あり　　　なし

□体が重く感じる、疲れやすい等　　　　　　　　　　　　　　　　 あり　　　なし

□新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無　　 あり　　　なし

□同居親族や身近な知人に感染が疑われる方がいる　　　　　　　　 あり　　　なし

□過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要と　　あり　　　なし

されている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触

※　本用紙は１か月保管した上で、責任を持って処分します。

本日の講習会参加：（　可・否　）責任者名

　　　　　　　　　　　　　　　　（主催者が記入する）