

参加記入用紙

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、感染者が発生した際などにはご連絡する場合があります。下記にご記入をお願いいたします。

氏名	
事業所名	
住所	
連絡先	

体温（当日）	℃
--------	---

2週間以内の海外からの渡航歴	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
2週間以内の発熱	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
咳	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
倦怠感	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
味覚・嗅覚の異常	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
喉の痛み	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
頭痛	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し

*新型コロナウイルス感染対策の一環として、ご参加頂く方全員にご記入及びご提出頂きます。

*当用紙にご記入頂いた内容によっては、ご入場をお断りさせて頂く場合がございます。

*お預かりした個人情報に関して、中村区介護保険事業者連絡会が厳重に管理し上記以外の目的での使用は致しません。

*保健所等からの要請があった際は、当用紙を提出する場合がございます。

ご協力ありがとうございました

中村区介護保険事業者連絡会