**体調チェックシート ～新型コロナウイルス感染症等用～**

研修参加にあたり、ご自身の体調等をご申告ください。

★研修タイトル

★研修年月日　２０２０年　　月　　日

★研修参加者名：

★以下の項目に☑をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 体温：　　　℃（検温時間：　　日　　：　　頃） |
|  | 咳やのどの痛みなどの症状はありません |
|  | 臭いがしない、味がしないなどの異常はありません |
|  | 普段と違う症状や体調ではありません |
|  | 家族や職場などでの感染者はなく濃厚接触者にはなっていません |

|  |
| --- |
| その他体調等について気になることがありましたらご記入ください。 |

★検温は研修当日、出発前に行ってください。

* この情報は感染があった場合には、会場側、保健所等に情報提供されますことをご了承ください。

公益社団法人神奈川県社会福祉士会