健康チェックシート

以下に記入し、受付時に提出してください。

枠が足りない場合はコピー等で対応してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 連絡先 | 体温 | のどの痛み | 倦怠感 | 感染拡大地域への2週間以内の外出状況 |
| １ |  |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |

・感染のおそれが考えられる地域への外出や人との接触がある場合は、体調の把握をしっかりと行い参加の可否を慎重に判断してください。

・ゴミの持ち帰りをお願いします。