

(公社) 長崎県理学療法士協会主催研修会参加に係る

新型コロナウイルス感染拡大予防を目的としたチェック表

日時：令和 年 月 日 (曜日)

会場：

研修会名：

| 質問 | 必要事項に記入または、選択ください |
|---|--|
| 氏名 | |
| 会員番号 | |
| 本日の体温 | °C |
| 体調 | 良好・体調不良あり →ある場合は状況を簡単に記入ください () |
| この2週間、コロナウイルス感染者および濃厚接触者、帰国者に分類される方との接触はありませんか？ | ない・あるが十分な感染予防対策がなされている →ある場合は状況を簡単に記入ください () |
| この2週間、県外への外出等はありませんか？ | ない・あるが十分な感染予防対策がなされている →ある場合は状況を簡単に記入ください () |
| 所属施設等における集合研修参加の制限はありませんか？ | なし・対策が十分であれば許可 →ある場合は状況を簡単に記入ください () |
| 上長への本研修会への参加許可は得ていますか？ | 上申して許可・不要 |
| 緊急連絡先 | 電話番号： E-mail： |

※必要事項をご記入の上、当日、会場受付にて提出ください。