

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、チェックシートの記入に御協力ください。

※施設をご利用の際は、咳エチケット、マスクの着用、手洗い・消毒を実施し、人との距離を十分に確保してください。

施設名称		施設利用日	令和	年	月	日
使用施設						

No.	氏名	連絡先 (電話番号、FAX番号、メールアドレスの いずれか)	過去2週間以内の 風邪・発熱症状	過去2週間以内の 海外渡航歴
1			有 ・ 無	有 ・ 無
2			有 ・ 無	有 ・ 無
3			有 ・ 無	有 ・ 無
4			有 ・ 無	有 ・ 無
5			有 ・ 無	有 ・ 無
6			有 ・ 無	有 ・ 無
7			有 ・ 無	有 ・ 無
8			有 ・ 無	有 ・ 無
9			有 ・ 無	有 ・ 無
10			有 ・ 無	有 ・ 無
11			有 ・ 無	有 ・ 無
12			有 ・ 無	有 ・ 無
13			有 ・ 無	有 ・ 無

※当チェックシートは、受理後30日間保存後、廃棄します。