**新型コロナウイルス感染症予防対策のため**

**受講前のセルフチェックにご協力ください**

　受講当日の朝、下記のセルフチェックを行い会場にご持参くださいますようお願いします。本紙は当日受付にて回収させていただきます。

　セルフチェックリストに１項目でも該当がある又は３７．５度以上の発熱がある方は受講を見合わせてください。

　ご不明な点がある方は、下記「お問合せ先」までご連絡ください。

**セルフチェックリスト**

|  |  |
| --- | --- |
| 当日の朝の体温 | ℃ |

**※体温は自宅で測定してきてください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | 研修生番号 | |  | 記入日 | |  |
| 連絡先 | 住所（所属） | | | | | | |
| 電話番号（所属） | | | | | | |
| 自覚症状 | | | 症状の有無（該当するものに○を付けてください） | | | | |
| 風邪の症状や発熱がある  （咳、喉の痛み、頭痛、下痢等） | | | 有 | | | 無 | |
| 強いだるさを感じる | | | 有 | | | 無 | |
| 臭覚・味覚の異常がある。 | | | 有 | | | 無 | |
| 息苦しさを感じる | | | 有 | | | 無 | |
| その他、気になる症状がある | | | 有 | | | 無 | |

【個人情報の取扱いについて】

・ご記入いただいた個人情報につきましては、当協会及び千葉県が責任を持って保管・管理・破棄し、新型

コロナウイルス感染拡大防止の目的にのみ使用いたします。（※30日後に破棄いたします。）

・個人情報の取扱いに同意いただける場合は、以下にチェックをお願いいたします。

　個人情報に取扱いに同意する　□

【お問合わせ先】

千葉県地域包括・在宅介護支援センター協会

電話番号：０４３－２４４－６０２１