研修受講者チェックシート

◇必要事項を記入または選択（☑）してください。

※研修日当日の状況をご記入ください。

　研修日：　　　　年　　月　　日（　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 1．所属施設・事業所名 |  |
| ２．氏　名（フリガナ） | （　　　　　　　　） |
| ３．生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ４．本日の体調等について | 該当する項目に☑・記入してください。  今朝の体温：　　　　℃  　□　発熱や風邪の症状（咳・くしゃみ・鼻汁等）は  ない。  　□　強いだるさ（倦怠感）や息切れ症状はない。  　□　2週間以内に、感染者又は感染が疑われる人と  接触はない。  　□　2週間以内に、国内外の感染の多い地域へ自身が  　　移動又は移動した人と接触などはない。 |
| ５．ワクチン接種又は  　　検査状況について | 該当する項目に☑・記入してください。  　□　新型コロナウイルスワクチン接種を受けた。  　　（2回目接種日：　　　月　　日）  　□　医療機関等（民間の検査センター等含む）が行う  PCR検査又は抗原検査を受け、陰性であった。  （受検日：　　　月　　　日） |

チェックシートの記入項目並びに国または地方自治体が示す感染対策に関する指針等について理解し、研修受講を希望します。

受講者氏名（自署）

※記入いただいた個人情報等については、本研修及び感染拡大防止の目的以外には使用しません。

※必要に応じて、所属施設・事業所の代表者へ記入内容の確認をする場合があります。

※本チェックシートは、本連盟が定める個人情報の保管方法により一定期間保管した後、破棄します。

※記入に際して不明点などありましたら、事務局までお問合せください。

　（広島市老人福祉施設連盟事務局　TEL：082-207-0567）