**当日、ご持参ください**

【民間病院就職ガイダンス】

健康チェックシート

下記を記入の上、受付で提出してください。体温は当日の体温をご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記入日 | 令和 ２ 年　　　月　　　日 | | | 体温 | | ℃ |
| ふりがな |  | | | 性別 | | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | | | 年齢 | | 歳 |
|  | 〒 | | | | | |
| 住　所 |  | | | | | |
|  | TEL | | | | | |
| 就業状況 | □ | 未就業 | | | | |
| □ | 就業中 | | | | |
| □ | 学生 | 学校名： | | 学年：　　　　年生 | |

下記の質問にお答えください。「あり」に該当する場合は、参加をご遠慮ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 発熱はありますか。 | あり　　・　　なし |
| ２ | 風邪のような症状はありますか。 | あり　　・　　なし |
| ３ | 嗅覚・味覚に異常はありますか。 | あり　　・　　なし |
| ４ | 2週間以内の県外移動はありましたか。 | あり　　・　　なし |
| ５ | 新型コロナウイルス感染者や濃厚接触者との  接触はありますか。 | あり　　・　　なし |

|  |
| --- |
| お預かりした個人情報は、当行事運営目的以外には使用しません。  なお、当行事の様子などをWEBその他媒体に掲載しますので、あらかじめご了承ください。 |