

事業に参加する皆さまへ

感染対策にご協力いただくため、参加当日の皆さまの状態を以下のチェック表に記入し、受付時に提出をしてください。

該当する項目がある場合や風邪などの症状が見受けられる方の参加はお断りいたします。

大変ご不便をおかけいたしますが、感染拡大を防ぐため、そして何よりも事業に参加する皆さまの予防のため、ご理解いただきますようお願い申し上げます。

①～⑧の項目について、症状がない場合はチェック☑をつけてください。

健康・行動チェック表	✓
① 平熱を超える発熱がない	
② 咳・息切れ等の呼吸器症状がない	
③ のどの痛み・たんが出る・鼻水が出る等の風邪症状がない	
④ 味・においに異常がない	
⑤ 強いだるさがない	
⑥ 2週間以内にご自身あるいは同居の方の海外への渡航はない	
⑦ 新型コロナウイルスと診断された人と濃厚接触(疑い)がない	
⑧ 同居者が濃厚接触(疑い)、または濃厚接触者と関わった可能性がない	

※施設内で新型コロナウイルス感染症の発生や発生の疑いが生じ、保健所等から施設管理者に利用者情報の提供要請があった場合、情報提供をさせていただきます。

※個人情報の保管期間は事業実施日より1ヶ月とし、適切に管理します。

上記の内容について同意しました。

年 月 日 保護者氏名 _____