**研修会開催にあたっての健康観察票**

研修名：「東近江圏域応援事業説明会・研修会」

日　程：令和２年１２月１７日（木）

1. １４：００～１５：００　② １５：３０～１６：３０　（〇をつけてください）

所属事業所名

氏名

・研修参加に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。

・健康チェックは、研修開催を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご

理解とご協力をお願いいたします。

・以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。

・本用紙は、当日にご提出いただきますようお願いいたします。

(１)本日の体温を記入してください。　　（　　　　　　　　　　℃）

(２)症状がある場合は「はい」の欄、ない場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質問事項 | はい | いいえ | 備考 |
| ①咳嗽症状がありますか |  |  |  |
| ②鼻汁・鼻閉がありますか |  |  |  |
| ③咽頭痛がありますか |  |  |  |
| ④頭痛がありますか |  |  |  |
| ⑤下痢症状がありますか |  |  |  |
| ⑥味覚異常がありますか |  |  |  |
| ⑦嗅覚異常がありますか |  |  |  |
| ⑧胸痛がありますか |  |  |  |
| ⑨息がしにくい感じがありますか |  |  |  |

ＦＡＸ　0748-20-0543

東近江介護サービス事業者協議会事務局 川南　宛　（東近江市社協内）

**東近江圏域応援事業説明会・研修会参加申込書**

令和　　　年　　　月　　　日

令和２年１２月１7日(木)開催の説明会・研修会について下記のとおり申し込みます。

1. 居宅介護支援事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　業　　所　　名 | 出　席　者　氏　名 |
| 連絡先　℡　　　　　　－　　　　－ |  |
| 事　　業　　所　　名 | 出　席　者　氏　名 |
| 連絡先　℡　　　　　　－　　　　－ |  |

（第２部）介護サービス施設・事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　業　　所　　名 | 出　席　者　氏　名 |
| 連絡先　℡　　　　　　－　　　　－ |  |
| 事　　業　　所　　名 | 出　席　者　氏　名 |
| 連絡先　℡　　　　　　－　　　　－ |  |

報告期限１２月１４日（月）