



# 社会福祉法人にじの会

## インターンシップ参加 事前健康チェック表

●参加する日付と事業所名をご記入ください

年 月 日 ( ) 集合時間 AM/PM :

事業所名 (どちらかに○を) 大沢にじの里 ・ にじアート

ご自身の平熱 °C

前日の体温 °C

本日の体温 °C

体調 良い・普通・悪い

本日の参加者様へ

●下記項目をチェックにてご確認ください。 ※必ず参加者本人ご確認ください

→一つでも項目にチェックが確認出来ない場合、参加を控えて頂くことになります。ご了承下さい。

平熱を超える発熱、咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状又、左記に伴う医薬品の服用・だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)、嗅覚や味覚の異常・同居家族や身近な知人に感染が疑われる方はおりません

過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触はありません

当日ご利用される参加者の事前健康チェック表を提出し、連絡先についても記入してあります。また、利用終了後 2 週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、採用担当者に対して、速やかに濃厚接触者の有無等報告します。

参加活動種類に関わらず、常時ドア、窓の解放及び換気扇の稼働を了承します。

本日マスクを持参し、適切に着用を致します。

●感染防止のため施設管理者が定めた下記の措置を順守し、施設管理者の指示に従います。

1、こまめな手洗い、アルコールによる手指の消毒を実施します。

2、体温計等を使用した計測に協力します。

3、飲食は、水分補給と限定させて頂きます。周囲との距離、手洗い～消毒等を徹底し、感染症対策に努めます。

4、休憩時(前後)についても、必要に応じて席やテーブル等の拭取りを行います。

5、インターンシップ後に体調不良を生じた場合は速やかに医療機関へ診療し、その旨受診内容を採用担当者へ連絡をします。

連絡先 住所

電話番号

氏名

(学校名)