|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＜応急手当普及講習受講者の皆さまへ＞   1. 新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、受講の際には必ず本シートを提出してくださるようお願いいたします。 2. 受講日14日前からの健康観察状況を記入してください。 3. 本シートで１つでも✓が付いた場合は、受講をお断りいたします。 | | | | | | |
| 氏名：  連絡先： | | 体　温 | 咳 | 倦怠感 | 味覚  異常 | 嗅覚  異常 |
| 14日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 13日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 12日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 11日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 10日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 9日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 8日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 7日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 6日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 5日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 4日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 3日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 2日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 1日前 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| 受講日 | 月　　　日 | ．　℃ | □ | □ | □ | □ |
| その他 |  | | | | | |

※本チェックシートは、応急手当普及講習以外には一切使用しません。