令和４年度　群馬県教育・保育のステップアップ研修

～　研修受講に際して、当日の健康チェックにご協力ください　～

|  |  |
| --- | --- |
| 研修日 |  |
| 受講番号 |  |
| 所属 |  |

※「あり」に該当する項目がある場合、出席を控えていただくようお願いいたします※

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 健康状態申告書 | | | |
| ①氏名 |  | | |
| ②住所 |  | | |
| ③体温 | ． ℃ | ④風邪症状 | あり　・　なし |
| ⑤発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状 | | | あり　・　なし |
| ⑥頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害 | | | あり　・　なし |
| ⑦感染リスクの高い場所へ14日以内に訪問 | | | あり　・ なし |
| ⑧同居家族の体調不良 | | | あり　・ なし |
| ⑨緊急連絡先 | （　　　　　　） 　　　 － | | |
| 注意事項  １　収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはいたしません。  ２　参加者に感染者が出た場合における保健所の聞き取り調査等への協力をお願いします。  ３　濃厚接触者となった場合は、７日間を目安に自宅待機をお願いすることがありますので予めご了承ください。 | | | |

※研修後、体調不良等あった場合には下記までご連絡ください。

群馬県社会福祉協議会　福祉人材課　保育研修担当

TEL：027-226-6800