

※検定試験当日、受付にご提出ください。

新型コロナウイルス感染防止チェックリスト

新型コロナウイルス感染防止のため、以下項目のチェックをお願いしております。
お手数をおかけいたしますが、ご理解ご協力をお願い申し上げます。

試験日	年	月	日	受験級	級	受験番号	氏名
-----	---	---	---	-----	---	------	----

以下、**過去14日以内の健康状態等**について、該当する項目にチェックをお願いします。

1. 発熱（37.5度以上）の症状がある、またはあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
2. 息苦しさや強いだるさ症状がある、またはあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 咳・くしゃみ・鼻水・のどの痛みなどの風邪の症状がある、またはあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
4. 味覚障害、嗅覚障害などの症状がある、またはあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5. 新型コロナウイルス感染症陽性と診断された方との濃厚接触がある、またはあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6. 同居している方に1.2.3.4の症状がある、またはあった	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
7. ご自身や同居している方に、感染が引き続き拡大している国や地域への訪問歴がある	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

チェックシートにご記入いただいた回答結果は、当所で2週間保管し、その後廃棄いたします。なお、本人の同意なく第三者に提供することはありません。

但し、保健所等より感染経路判別のため、開示要求があった場合に限り利用させていただくことがあります。
ご理解、ご同意いただけましたら、同意欄にチェックをお願いいたします。

上記に同意します。