

様式 1

新型コロナウイルス感染予防対策事前申出書

日本赤十字秋田看護大学 学長様

網掛けの箇所を記入してください。

利用年月日	令和 3年 2月 9日 (火)	
利用施設	学内	
利用目的	入学試験	
利用時間	9:00~15:00	
利用者	住所	<input type="checkbox"/> 県内 <input type="checkbox"/> 県外 (都道府県名:)
	連絡先 (電話番号)	()
体 調	ア.体温 (平熱を超えるかどうか)	度(平熱 度)
	イ.発熱、咳、のどの痛み、鼻汁・鼻つまり、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐など風邪の症状	無・有 ()
	ウ.だるさ、息苦しさ	無・有 ()
	エ.味がしない、においがしないなどの異常	無・有 ()
	オ.体が重く感じる、疲れやすい等	無・有 ()
	カ.新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触	無・有 ()
	キ.同居家族や身近な知人に感染が疑われる者	無・有 ()
	ク.過去 14 日以内に海外渡航	無・有 ()

上記の通り相違ありません。

また、感染が発生した場合においては、感染拡大防止のため保健所など公的機関に本申出書の内容にかかる情報開示が行われることを承諾いたします。

本人署名

受験番号

氏名

情報開示について

施設利用者の中に感染者がいたことが判明した場合、その感染者と接触したおそれのある利用者全員に対する連絡・調査が行えるよう氏名と連絡先は確実に記載してください。

また、その場合保健所など公的機関に情報開示がなされることがありますのであらかじめご了承ください。