|  |
| --- |
| ◇◇　健康告知票　◇◇  令和　年　月　　日　講習名  受講者氏名  下記の項目について、該当の場合は「はい」、該当しない場合は「いいえ」に○をつけてください。   * 発熱の症状がある 【　はい　　　いいえ　】 * 体調不良（咳、頭痛、倦怠感、味覚異常など）がある 【　はい　　　いいえ　】 * 同居の方に、発熱や風邪の症状が出ている 【　はい　　　いいえ　】 * 過去２週間以内に、新型コロナウイルスの感染者と接触した 【　はい　　　いいえ　】 |