

## ＜障害者職業生活相談員認定講習＞

### 受講当日の体調等の確認事項・ご協力いただきたい事項について

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、ご自身の体調等の確認事項やご協力いただきたい事項に関し、下のNo.1～8の各項目をご確認いただき、該当する項目の右の欄にチェックのうえ講習当日にご提出ください。

1つでも該当しない項目がある場合は、参加を見合わせていただきますようお願い申し上げます。

以上、ご理解・ご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

#### ＜お問い合わせ先＞

独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構  
兵庫支部 高齢・障害者業務課  
電話：06-6431-8201

切り取らないでください

切り取らないでください

### 確認事項チェックシート・協力事項同意書

受講当日において以下のNo.1～4に全て該当し、また受講に当たってはNo.5～8の全てについて協力することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

記入日 月 日

No	項目	<input checked="" type="checkbox"/>
1	受講当日において、発熱、継続的な咳、息苦しさ(呼吸器症状)、強いだるさ・日常にない倦怠感、味覚・臭覚の異常が <u>ない</u> 。	
2	過去2週間以内に発熱や感冒症状での受診・服薬等を <u>していない</u> 。	
3	過去2週間以内に感染拡大国・地域への訪問歴等はない。	
4	同居家族・職場の同僚において、感染を疑われる方が <u>いない</u> 。	
5	会場においてマスク着用に <u>協力する</u> 。	
6	手洗い・手指消毒に <u>協力する</u> 。	
7	咳エチケットに <u>協力する</u> 。	
8	講習受講後、2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに講習当日の濃厚接触者の有無等について報告する。	