

65歳超雇用推進助成金及び障害者雇用助成金に係る制度説明会参加申込書

事業所名	
所在地・連絡先	〒 - TEL
参加者氏名等	(所属部課) (氏 名)

参加を希望する日時を記載してください。

参加希望日時	会 場
令和 年 月 日 曜日 時 分 ~ 時 分	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援 機構東京支部大会議室 (墨田区江東橋2-19-12墨田公共職業安定所5階)

※上記の個人情報については、この説明会の開催及び新型コロナウイルス感染症対策のための保健所等関係機関への提供に使用し、それ以外の使用及び第三者への提供はいたしません。

同意書及び健康状態等チェックシート (上記部分と切り離さないでください。)

同意欄

※ 必ずお読みいただき、同意いただける場合は、□欄に✓を入れてください。

- このチェックシートは、新型コロナウイルス感染症拡大防止を図ることを目的として利用します。新型コロナウイルス感染の疑いが発生した場合、参加者の所属事業主(事業所)名、所在地・連絡先、所属部課及び氏名並びに同意書及び健康状態等チェックシートに記載していただいた情報を保健所等の関係機関に情報提供することがあります。必要に応じて保健所等の関係機関の聞き取り調査等にご協力ください。
- 説明会参加後2週間以内に、同感染症に係るPCR検査等で陽性となった場合は、当支部あて速やかにご報告をお願いいたします。また、関係機関が行う濃厚接触者の調査等にご協力をお願いいたします。

健康状態等チェック欄

※ 必ずお読みいただき、該当する場合は、「記入欄」に✓を入れてください。

チェック項目 (説明会当日及び過去14日以内の状況について)	記入欄
37.5度以上の発熱、咳、のどの痛み、鼻水などの症状がない	
嗅覚や味覚の異常、全身倦怠感、からだの痛みがない	
過去14日以内に新型コロナウイルス感染症について陽性とされた者との濃厚接触がない	
過去14日以内に参加者の同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいない	
過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等へ渡航又は当該在住者との濃厚接触がない	