2023/3/16版

**健康チェック用紙（派遣時）**

**―新型コロナウィルス感染予防のために―**

派遣日：令和　　年　　月　　日　　氏名：　　　　　　　　　ワクチン：　　回接種済

１　【健康チェック】派遣日の2週間前から派遣日までの状況

※下記内容を確認し、該当する場合は、□に✔を記入してください。

□37度5分以上の発熱はありません。

□体調に異常はありません。

□新型コロナウィルス感染中の者又は感染が疑われる者との濃厚接触はありません。

※上記チェックで一つでも該当しない項目があった場合は、派遣は実施できません。事務局まで連絡してください。

２　【注意事項】対面時に読み上げ確認し対面中は遵守してください。

※下記内容を確認し、同意する場合は、□に✔を記入してください。

※当注意事項に同意できない場合は、派遣は実施できません。

□不織布マスクを常時着用します。不織布マスクは口と鼻を覆います。

□対面中の飲食時は会話を禁止します。

□対面時間は２時間以内を目安とします。

□相手と可能な限り距離をとります。

パソコンの前に集まらず、画面の確認や操作は一人ずつ交代して行います。

□可能であれば、最初に手指消毒又は手洗いを行います。

□可能であれば、最初に換気します。

□可能であれば、フェイスシールド又はマウスシールド、手袋を装着します。

３　事務局への連絡事項があれば下記に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

当用紙は、派遣終了後、事務局へ提出してください（メール、FAX、郵送等）。

電話の場合は事務局が代筆します。

社会福祉法人山形県身体障害者福祉協会（事務局担当：大野）　〒990-2231 山形市大字大森385

　　TEL 023-686-3690　FAX 023-686-3723　email: y-sinsyokyo@orange.plala.or.jp