研修受講確認書

必要事項をご記入の上、認定研修の当日受付に提出をお願いします。

- 研修日：令和 3 年 5 月 15 日（土）
- 研修名：第 11 期第 6 回認定研修会　1 日目
- 会場：　　松江会場（松江赤十字病院）
- 番号：（　　ー　　）
- 所属：（　　）
- 氏名：（　　）
- 緊急連絡先：（　　）

研修当日の体調について下記にご記入ください。

状態・症状の項目	現在の状況	
体温	℃	
鼻汁・鼻閉	あり	なし
咽頭痛	あり	なし
咳	あり	なし
呼吸困難	あり	なし
全身倦怠感	あり	なし
味覚障がい・嗅覚障がい	あり	なし
頭痛	あり	なし
嘔気・嘔吐	あり	なし
下痢	あり	なし
その他	あり	なし
直近 2 週間以内に発熱や上記の症状はありませんか？	あり	なし
直近 2 週間以内に感染流行地域への往来歴はありませんか？	あり	なし
家族・身近な人に上記の症状の人はいませんか？	あり	なし
日々の対応策の項目	実施状況	
手指消毒はしていましたか	はい	いいえ
マスクは装着していますか	はい	いいえ

※　研修会場での受講条件
体温 37.5℃以下、「状態・症状の項目」の全ての項目が「なし」、かつ「対応策の項目」全ての項目が「はい」であること。

※　研修終了後 2 週間以内の症状出現や「感染確定者」または、「濃厚接触者」と判定された場合は、島根県糖尿病療養指導士認定機構事務局まで必ずご連絡ください。

※　「研修受講確認書」は、個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。クラスター発生後の連絡等に使用し、目的外の利用は致しません。また 2 週間保管後、破棄します。

研修受講確認書

必要事項をご記入の上、認定研修の当日受付に提出をお願いします。

- 研修日：令和 3 年 5 月 16 日（日）
- 研修名：第 11 期第 6 回認定研修会　2 日目
- 会場：　　松江会場（松江赤十字病院）
- 認定番号：（　　ー　　）
- 所属：（　　）
- 氏名：（　　）
- 緊急連絡先：（　　）

研修当日の体調について下記にご記入ください。

状態・症状の項目	現在の状況	
体温	℃	
鼻汁・鼻閉	あり	なし
咽頭痛	あり	なし
咳	あり	なし
呼吸困難	あり	なし
全身倦怠感	あり	なし
味覚障がい・嗅覚障がい	あり	なし
頭痛	あり	なし
嘔気・嘔吐	あり	なし
下痢	あり	なし
その他	あり	なし
直近 2 週間以内に発熱や上記の症状はありませんか？	あり	なし
直近 2 週間以内に感染流行地域への往来歴はありませんか？	あり	なし
家族・身近な人に上記の症状の人はいませんか？	あり	なし
日々の対応策の項目	実施状況	
手指消毒はしていましたか	はい	いいえ
マスクは装着していますか	はい	いいえ

※　研修会場での受講条件
体温 37.5℃以下、「状態・症状の項目」の全ての項目が「なし」、かつ「対応策の項目」全ての項目が「はい」であること。

※　研修終了後 2 週間以内の症状出現や「感染確定者」または、「濃厚接触者」と判定された場合は、島根県糖尿病療養指導士認定機構事務局まで必ずご連絡ください。

※　「研修受講確認書」は、個人情報保護方針および規定に基づき、個人情報の取得・利用を適切に行います。クラスター発生後の連絡等に使用し、目的外の利用は致しません。また 2 週間保管後、破棄します。