

## ご参加にあたってのお願い

新型コロナウイルス感染症の感染拡大予防のため、当校では、以下のことに留意しご参加いただいております。なにとぞご協力のほど、お願いいたします。

### 【受付票への記入のお願い】

- ・参加者情報の把握のため、「受付票」の記入をお願いいたします。  
あらかじめ **青枠** の欄にご記入のうえ、当日ご持参いただき、受付にご提出ください。
- ・当日受付においても、再度検温をさせていただきます。
- ・ご提出いただきました受付票の情報は、以下の用途に限定し使用させていただきます。
  - ①参加者の受付管理
  - ②感染管理に伴い、保健所等への情報提供が必要な場合

### 【感染拡大予防策について】

- ・常時マスクの着用、咳エチケットの励行、会場入り口での手指アルコール消毒、適時の手洗いにご協力をお願いいたします。
- ・受付や席の配置においては、ソーシャルディスタンスを保つよう配慮しております。  
参加者同士の接触はできるだけ控え、お互い距離を保つようお願いいたします。

### 【参加後の留意点】

- ・参加後 **14 日以内に、新型コロナウイルス感染症に感染した場合、また感染者の濃厚接触者となった場合は、下記の連絡先に必ず連絡**をお願いいたします。

**【連絡先】** 長岡赤十字看護専門学校

電話番号: 0258-28-9012 (平日 8:30~16:30)

メールアドレス: school@nagaoka.jrc.or.jp

# 受付票

青枠太線内の項目にご記入いただき、当日受付にご提出ください。

○今朝の体温は何度でしたか。 ( ) °C			
○現在、体調に変化はありますか。		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
○症状がある場合は、その症状に☑を入れてください。			
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 咽頭痛
<input type="checkbox"/> 強い倦怠感	<input type="checkbox"/> 臭いがしない	<input type="checkbox"/> 味がしない	<input type="checkbox"/> 鼻水
<input type="checkbox"/> 目の充血	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> 寒気	<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> その他( )
○ <b>過去14日以内</b> に、感染が拡大している国や地域との往来、新潟県外との往来がありましたか。			
<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった			
○ <b>過去14日以内</b> に、感染が拡大している国や地域からの渡航者、在住者、新潟県外との往来者と、長時間の接触、マスクを外しての会食等の機会がありましたか。			
<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった			
お名前		学生氏名	
住所	〒 -		
電話番号	[自宅] ( ) -	[携帯]	- -

当日 受付時体温	°C
-------------	----

※受付票に記載された情報は、以下の目的で使用させていただきます。

- ①参加者の受付
- ②感染管理に伴い、保健所等への情報提供が必要な場合