

新型コロナウイルス感染症対策チェックシート

- ◎ 項目を全て記載し、下欄に署名の上、試験当日、受付時に必ず提出してください。
- ◎ このチェックシートは、必要に応じて保健所等の公的機関に提供する場合があります。
- ◎ 記入いただいた個人情報については、両協会が適切に取り扱い、受験者の健康状態の把握、受験可否の判断及び必要な連絡のためにのみ利用します。また、このチェックシートは試験当日から1か月間、保存した後、廃棄処分します。

受験日	月 日 (曜日)	受験地	都道府県名を記載		受験番号
フリガナ			生年月日	年 月 日生 (歳)	
氏名	男・女				
連絡先	()	本人以外の 緊急時 連絡先	()	連絡先の氏名を記載	

1 現在、発熱、咳、倦怠感、息苦しさ、味覚・嗅覚障害等の症状
はありませんか。 ない ある

※ ある場合の症状： _____

2 試験日の2週間前以降に新型コロナウイルス感染症と診断され
た者との濃厚接触がありますか。 ない ある

3 試験日の2週間前以降に同居している家族等が新型コロナウイ
ルス感染症と疑われていませんか。 ない いる

4 試験当日、朝の体温は何度でしたか。

・	度
---	---

上記内容に相違ありません。

_____ 年 月 日 _____ 署名 _____