

# 受付票兼健康状態申告書

## ＜新型コロナウイルス感染症＞

①試験職種 <small>(いずれかに○)</small>	診療放射線技師 ・ 臨床検査技師 ・ 臨床工学技士		
②試験日	年 月 日	③氏名	
④住所			⑤体温 . °C

⑥発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状	あり ・ なし
⑦頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚異常、味覚障害	あり ・ なし
緊急連絡先	電話番号：                    -                    -

- 1 収集した個人情報は、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはしません。
- 2 参加者に新型コロナウイルス感染者が出た場合は、保健所等からの聞き取り調査への協力をお願いします。
- 3 濃厚接触者となった場合は、7日間を目安に自宅待機をお願いします。

事務局記載欄	
--------	--