

体調チェックリスト

試験当日受付時に提出してください。

徳島県職業能力開発協会会長 様

試験日	令和 年 月 日
本人署名	下記事項について相違ありません

- (ア) 平熱を超える発熱
- (イ) 咳、のどの痛みなどの風邪の症状
- (ウ) だるさ（倦怠感）、息苦しさ
- (エ) 嗅覚や味覚の異常
- (オ) 身体が重く感じる、疲れやすい等
- (カ) 新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触
- (キ) 同居家族や身近な知人の感染が疑われる方の出現
- (ク) 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該国等の在住者との濃厚接触

【試験日前2週間以内、特に本日上記(ア)～(ク)に該当する事項の有無】

・すべての事項において該当なし	チェック
	<input type="checkbox"/>

・該当する事項がある	チェック	該当する項目
	<input type="checkbox"/>	

※上記にチェックをいれてください。