

令和4年10月15日

セミナー参加者様

(一社)奈良県薬剤師会

お申込みいただき、ありがとうございます。

<当日持ち物の追加>

- ①この用紙 ②マスク ③PECSより表示されるQRコードを印刷したもの
④本人確認ができるもの (③④については、認定講習単位希望の方のみ)

新型コロナウイルス感染拡大防止に向けた取り組みのため、
この用紙を切り取らず、すべて記入のうえ 会場へご持参ください。

特に認定講習の単位を希望される方は、お時間に余裕を持ってお越しください。
遅刻・早退の場合、PECSの単位付与は行われません。
会場はマスク着用です。アルコールでの手指消毒とあわせてご協力をお願いします。

10/15 第4回かかりつけ薬剤師・薬局機能スキルアップセミナー 参加票

薬局名(勤務先名)

氏名

日中連絡のつく電話番号(勤務先も可)

感染拡大防止チェック表(研修参加者用)

記入いただいた内容によっては、入場をお断りさせていただく場合がございます。
当用紙は、今後1カ月を目安に保管し、保健所などからの要請があった場合は、
提出させていただく場合があります。

以下の項目について記載願います

症状(3日以内)	なし	あり
熱感		
熱感がある場合は検温		℃
上気道症状(咳・咽頭痛)		
急な呼吸苦、息切れ		
下痢		
味覚、嗅覚の異常		
頭痛、倦怠感		

新型コロナのPCRを受ける予定である	なし	あり
本人/同居家族(該当に○)		
海外渡航歴(1か月以内)	なし	あり
カラオケ、宴会、接待を伴う飲食店への歴(2週間以内)	なし	あり
新型コロナ陽性発生施設への訪問歴	なし	あり
新型コロナ陽性者との接触歴(2週間以内)	なし	あり
ご協力ありがとうございました		

「確認事項」に同意しました 上記の記入内容に間違いはございません

令和4年10月15日

署名

*このチェック表はコロナウイルス感染症対策のためで、それ以外には使用致しません。