

## FAX 送信用紙

あて先 北部発達相談支援センター（FAX：022-375-0142）

# 令和2年度アーチル発達障害基礎講座

（令和2年11月30日（月）開催）

## 《参加申込書》

氏名（必ず記載）	
電話番号（必ず記載）	
住所（必ず記載）	〒 -
所属（あれば記載）	

※申込み受付期間：11月6日（金）8：30開始～11月20日（金）17：00〆切

※申込みを受け付けた方に連絡は致しませんのでご承知ください。

※締切日前に定員に達した場合はお申込みをお断りすることもございます。お早目にお申込みください。（お断りの際は、上記連絡先にご連絡いたします。）

## 《体調チェックシート》

受講当日の体温	℃
---------	---

当日記載の上、受付  
にご提出ください。

質問項目	「はい」か「いいえ」に○を記入	
現在、せき、咽頭痛、倦怠感、におい、味の異常などの症状が無い。	はい	いいえ
本日の体温が37.5℃未満である。	はい	いいえ
二週間以内に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が無い。	はい	いいえ
二週間以内に海外（感染流行国）又は国内の感染流行地域（関東・関西方面）へ旅行・出張をしていない。 また、当該在住者との濃厚接触が無い。	はい	いいえ

※上記で「いいえ」の項目がある場合は、新型コロナウイルス感染症まん延予防の観点から、参加をご遠慮いただきます。ご了承下さい。また、当日は必ずマスク着用のうえ、ご参加願います。

※各機関で複数参加する場合は、体調チェックシートを参加者分ご持参ください。

※いただいた個人情報は、本事業と新型コロナウイルス等の法定感染症が確認された際の保健所への情報提供のみに使用いたします。それ以外の用途には使用いたしません。ご了承ください。