研修受講時における新型コロナウィルス感染症の

別紙３

感染予防対策へのご協力のお願い

　本会開催の研修では、新型コロナウィルス感染症の感染予防対策の徹底を図りながら実施いたします。つきましては下記内容の徹底にご協力をお願いします。

1.　受講当日朝の検温、健康観察

〇研修当日朝に検温と健康観察をお願いします。また、発熱、咳・味覚異常等の症状がみられる場合は研修受講の自粛にご協力をお願いします。

〇健康観察は、（別添）「研修受講にあたっての健康観察票」に記入し毎回研修の受付に提出をお願いします。

２.　マスク・フェイスシールドの着用

〇受講に際しては不織布マスクの適正な着用をお願いします。

※フェイスシールドの使用は任意とします。

３.　会場の換気

〇研修時は換気の為、出入口、窓を開放して行いますので、ご自身で衣類調整等を行っていただくようお願いします。

４.　手洗い、手指消毒の徹底

〇手指消毒液を設置しますので、こまめな手洗い・手指消毒をお願いします。

５.　ソーシャルディスタンス

〇受付時、トイレ、休憩時には密にならないよう一定間隔をあけ、適正な距離をとっていただくようお願いします。

６.　その他

　　〇物品の共有を避けるため、受付やグループワーク等で使用する際の筆記

　　　用具（色マジック　サインペン、ボールペン等）の持参をお願いします。

滋賀県社会福祉研修センター

**研修受講にあたっての健康観察票**

研修名： 令和４年度　介護支援専門員　更新研修Ⅱ・再研修

研修日： 令和４年　　月　　 日（　　）

受講№　　　　　　　　　　　　　氏名

* 研修受講に際して、当日の健康チェックをお願いいたします。
* この健康チェックは、研修の場を介する感染拡大防止目的として実施しております。皆様のご理解とご協力をお願いいたします。
* このため、以下の項目に該当がある場合の出席については、自粛のご協力をお願いいたします。

1. 本日の朝の体温を記入してください。　　　　　（　　　　　　　　℃）
2. 症状がある場合は「はい」の欄、無い場合は「いいえ」の欄にチェックをしてください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 質　問　項　目 | はい | いいえ | 備　　考 |
| ① 咳嗽症状がありますか |  |  |  |
| ② 鼻汁・鼻閉がありますか |  |  |  |
| ③ 咽頭痛がありますか |  |  |  |
| ④ 頭痛がありますか |  |  |  |
| ⑤ 下痢症状がありますか |  |  |  |
| ⑥ 味覚異常がありますか |  |  |  |
| ⑦ 嗅覚異常がありますか |  |  |  |
| ⑧ 胸痛がありますか |  |  |  |
| ⑨ 息がしにくい感じがありますか |  |  |  |

この健康観察票は、研修当日に受付で提出お願いします。