船員災害防止協会

健康確認表

受講番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

PCR/抗原検査　（　　）性　確認　　年　月　日

日付	体温 (℃)	咳 咽喉の痛み 風邪の症状	倦怠感 疲労感 息苦しさ	嗅覚・味覚 異状	その他 特記事項

※　講習開始日の 2 週間前より健康確認を行って下さい。

※　健康確認は毎朝実施し、体調については、良好なら○、それ以外は具体的に記入して下さい。

※　本票は講習初日の受付時に提示してください。

※　講習開始前 72 時間以内に新型コロナウイルスの PCR 検査または抗原検査を受検し陰性を確認して下さい。