船員災害防止協会

健康確認表

受講番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属会社＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

PCR/抗原検査　（　　）性　確認　　年　　月　　日

日付	体温 （　℃　）	咳 咽頭の痛み 風邪の諸症状	倦怠感 疲労感 息苦しさ	味覚・嗅覚 異常	その他 特記事項

※集合日の 2 週間前より健康確認を毎朝行い、体調良好なら○、それ以外は具体的に記入してください。

※本票は受付時に提出してください。

※特別教育開始前 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て陰性を確認し、検査結果通知のメールなどを受付で提示してください。自宅で抗原検査を行った場合には、検査キットに油性ペンで氏名と検査実施日時を記入して撮影した写真を受付で提示してください。