

揖龍地区薬剤師研修会
ご参加についてのお願い

ご参加の皆さまが安全・安心して受講いただけるように、新型コロナウイルス感染症対策を以下のように講じています。

ご参加の皆さまにも、ご理解・ご協力をお願いします。

感染症対策について

1. ソーシャルディスタンスを保つため、会場の座席の間隔を確保しています。
2. 会場の換気のため、出入り口の扉等を適宜開放しています。
3. 不特定多数が触れる場所や共有物品等の消毒を実施しています。
4. 筆記用具の配布を行いませんので持参下さい。

ご参加の皆様へのお願い

1. 事前に裏面の問診票にご記入の上、当日受付で提出するとともに、受付で、各自筆記用具の持参と会員証照合にご協力下さい。
2. 発熱や感染に関連する症状がみられる場合、体調がすぐれない場合は、参加を見合わせてください。
3. 会場（玄関、ホール受付）に手指用消毒を設置しています。こまめに手指衛生を行ってください。
4. マスクを着用し、咳エチケットを守ってください。
5. 換気のため扉を開放していますので、体温調整しやすい服装でお越しください。
6. 体調不良が疑われる方には、お声かけさせていただき、状況により退席をお願いする場合がありますので、ご了承ください。

【連絡先】

兵庫県薬剤師会西播支部龍野薬剤師会
山本 恭之 （キノシタヤ薬局）
たつの市龍野町堂本 260-1
TEL：0791-63-1811

研修会にご参加いただく皆様の安全確保のため、下記問診票への記入をお願いします。
問診票に係る個人情報は、今回の感染症対策にのみ使用します。

問診票

現在の健康状況についてお伺いします。該当する箇所に○をつけください。

1 今日検温を行いましたか？

① はい ② いいえ

① 検温をされた方は測定した体温をご記入ください _____℃

2 現在、咳、鼻汁、喉の痛みなどの症状はありますか？

① ある ② ない

3 家族の方に、発熱および上記の症状はありますか？

① ある ② ない

令和2年 月 日

所属施設名称： _____

施設所在地： _____ 市・郡 _____ 町 _____ (番地不要)

自宅住所： _____ 市・郡 _____ 町 _____ (番地不要)

氏名 _____ 生年月日： S・H 年 月 日

連絡先（携帯電話） _____