

入構時 問診票

オープンキャンパス参加者 各位

本学園のオープンキャンパスへの参加登録をいただき、ありがとうございました。

ご参加いただく皆様におかれましては、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、下記に関しましてご理解を賜り、ご記入・ご署名をくださいますよう、お願い申し上げます。

◆下記項目についてお伺いいたします。いずれかを選択し○をご記入ください。

ご質問

| | | | |
|---|--|----|-----|
| 1 | 咳、のどの痛みや関節の痛みなど、風邪に似た症状がありますか | はい | いいえ |
| 2 | 強いだるさや息苦しさはありますか | はい | いいえ |
| 3 | 過去2週間に、ご家族・同居者を含め、新型コロナウイルス感染者または濃厚接触者と接触しましたか | はい | いいえ |
| 4 | 過去2週間に、「緊急事態宣言区域」や「まん延防止等重点措置区域」に滞在したことがありますか | はい | いいえ |

※緊急事態宣言区域：東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府、沖縄県

※まん延防止等重点措置区域：北海道札幌市、石川県、京都府、兵庫県、福岡県

(8月2日現在)

当問診票は、当日、受付にて回収させていただきます。各質問項目で「はい」に1つでも○が付いた場合は、本学スタッフまでお申し出ください。

なお、質問3・4で「はい」に○が付いた場合、8/8 オープンキャンパスプログラムに参加することはできませんので、ご注意願います。

(ご記入日) 2021年 月 日

お名前 (自署)

(付き添いの方はご記入不要)

所属学校名

連絡先電話番号