

様式2

## 【 申 告 書 】

日本赤十字社医療センター  
院 長 様

私は、日本赤十字社医療センターにおいて実習または研修（以下「実習等」という。）を行うにあたり、下記のとおり体調等について申告いたします。

## 【注】

- (1) 下記8項目すべてにチェックが入らない場合は、実習をお受け入れすることができません。
- (2) 本申告書は実習開始当日に記載の上、実習開始日に実習生ご本人がお持ちください。

（本申告書は協定書第2条6項に相当する文書ですが、内容に鑑みて（2）のとおりご対応ください。）

## 記

《 各項目について「はい」の場合は、「はい」の欄に✓をお願いいたします 》

	はい	確認項目
1		新型コロナウイルス感染症と診断され、隔離期間中に該当しない。
2		10日以内に新型コロナウイルス感染者と濃厚接触していない。
3		外国から入国・帰国して、検疫に指示された待機期間中でない。
4		8日以内に咳、鼻水、のどの痛み、呼吸困難などの呼吸器症状はない。
5		8日以内に体温が37.5℃以上ではない。
6		居住地のある都道府県等の感染症に関する指示に反していない。
7		所属施設あるいは所属教育機関より、「自宅待機」など特段の指示を受けていない。
8		実習（見学）期間中、当センターにおける感染対策に関する院内対応に協力すること。 （マスク着用・手指衛生の励行、集会への参加禁止、体調不良時の受け入れ部署への報告義務等）

令和 年 月 日

所 属

(学校名・施設名等) \_\_\_\_\_

(学年・職位など) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_