体調確認票

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属 |  | | | | | | |
| 氏名（自著） |  | | | | | | |
| 記入日  (採用試験日) | 2024 | 年 |  | 月 |  | | 日 |
| 本日の体温 |  | | | | | ℃ | |

神戸大学医学部附属病院に立ち入るにあたり、感染症防御のため、以下のチェック項目のご確認をお願いします。

チェック項目　以下の項目に該当する場合はチェック☑をお願いします。

* 現在、新型コロナウイルス、インフルエンザ等の感染症に罹患していない
* 現在、発熱（37.5℃以上）、咳、鼻水、喉の痛み、強い倦怠感や味覚嗅覚異常などの症状はない

発熱等の体調不良となった場合は、我慢せず、速やかに申し出てください。

連絡先

神戸大学医学部総務課人材育成支援事務室（078-382-6980）

にご連絡願います。