

## 体調等確認・同意書【事業所用】

事業所名	
氏名	

医療的ケア児等支援者養成研修参加に際し、事業所の状況と参加者の体調を確認し、同意書に責任者の氏名を記入・押印の上、医療的ケア児等支援者養成研修の朝の受付時に参加者より提出をしていただくようお願いいたします。

なお、この用紙をご提出いただけない場合やチェック欄にチェックがない場合には、医療的ケア児等支援者養成研修参加をお断りすることもございます。予めご了承ください。

確認事項	チェック欄 ※☐を入れてください
事業所内に新型コロナウイルスに感染、もしくはその可能性が否定できない職員・利用者はいない。	<input type="checkbox"/>
参加者に37.5度以上の熱はない (最終出勤日で可)。	<input type="checkbox"/>

## 同意書

1. 貴事業所が医療的ケア児等支援者養成研修に参加させた職員が医療的ケア児等支援者養成研修当日から2週間後までに新型コロナウイルスの感染者や濃厚接触者となった場合、保健所に研修への参加を必ず報告し、保健所の指示に従ってすみやかにそらだんサポートセンターにおぞらへ連絡する。
2. 参加者が会場で新型コロナウイルスの感染者や濃厚接触者になった場合、行政機関等による感染拡大防止のための聞き取り調査に協力する。
3. 医療的ケア児等支援者養成研修の関係者、参加者が新型コロナウイルスに感染したことが判明した場合、行政機関等による調査のため、参加者情報を行政機関等に提出することに協力する。

以上のことに同意します。

令和3年 月 日

職名

氏名

Ⓜ