

# 健康チェックシート

インターンシップ日： 月 日

氏名： \_\_\_\_\_

	2 日前	1 日前	当 日
月 日	月 日	月 日	月 日
体 温	℃	℃	℃
咽頭痛	有・無	有・無	有・無
咳	有・無	有・無	有・無
その他 (気になる症状等)			

健康チェックシートはインターンシップ 2 日前から記入して下さい。

当日、提出をお願い致します。

体調がすぐれない、発熱等が見られた時は必ずご連絡下さい。

その際、お断りさせていただくことがあります。

ご了承下さい。