

# 個別見学票

この用紙をよくお読みになって、ご記入、持参のうえ、個別見学にご参加ください。

ご記入いただいた個人情報につきましては、本校の学生募集事務や、感染症発生時に使用させていただく場合がありますので、ご了承ください。

名古屋市立中央看護専門学校

(見学日：令和 年 月 日)

ふりがな		連絡先	TEL ( ) -
氏名			
住所			
学校名 または職業	学年 年		

感染症対策のため、以下の質問について、「はい・いいえ」の該当する方へ○をつけてください。質問のうち1つでも「はい」となる場合は、申し訳ありませんが予約をキャンセルして別の日に予約を取り直していただきますようお願いいたします。

- 1 過去14日以内に、体温が37.0度以上あったことはありますか。 はい・いいえ
- 2 過去14日以内に、発熱、咳、鼻水、のどの痛みなどの風邪症状や体調不良がありましたか。 はい・いいえ
- 3 過去14日以内に3つの密（密集・密閉・密接）のある場所へ行きましたか。（イベント、カラオケなど） はい・いいえ
- 4 過去14日以内に海外渡航をしましたか。 はい・いいえ
- 5 現在、新型コロナウイルスの感染陽性者又は濃厚接触者ですか。 はい・いいえ
- 6 新型コロナウイルスの感染が疑われる人との濃厚接触がありますか。 はい・いいえ

- ・予約をキャンセルする場合は速やかに当校までご連絡ください。(TEL 052-935-1755)
- ・見学時には、必ずマスクを着用してください。
- ・当校訪問時には、当校玄関にある消毒液にて手指消毒をしてください。
- ・授業中のため、施設を一部見学できない場合があります。ご了承ください。
- ・見学後14日以内に、新型コロナウイルスの感染陽性者又は濃厚接触者となった場合、経過や状況を確認させていただきたいため、必ず当校へ連絡してください。