

*以下はボランティア活動参加日当日に、ご記入・署名の上ご提出ください。

健康状態申告書
国内ボランティアプログラム

| 1. 下記のような症状はありますか。 | はい | いいえ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| i) 発熱 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii) 咳 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii) 呼吸困難 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv) 息切れ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v) その他の症状（詳細を記入） _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 過去 10 日間以内に、新型コロナウイルス感染症に感染、もしくは感染者への接触がありましたか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 過去 10 日間以内に、あなた自身、もしくは同居人が海外へ渡航しましたか。 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

私は、上記の情報が虚偽でないことを、ここに申告いたします。

氏名 : _____ (活字体でご記入もしくはご印刷ください)

署名もしくは押印 : _____

日付 : _____ (年月日)

体温 : _____ °C

ハビタットスタッフ確認欄: _____