

キャリア見学会に際しての事前チェックリスト

記載日 2026年 月 日

所属(学校名) _____ 氏名 _____

本用紙は、当日受付にて回収いたします。

キャリア見学会前 7 日以内の行動などについて回答をお願いします。

以下のいずれかの症状が該当する場合は、原則としてキャリア見学会の参加はできません。

<input type="checkbox"/>	発熱(37.0℃以上)したことがあった あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日に _____℃ ②受診(○をつけてください): 有(月 日) 無 ③②で有の場合、診断名: _____ ※新型コロナ、インフルエンザ以外の診断がなされ、 解熱後 24 時間経過している場合には参加可
<input type="checkbox"/>	呼吸器症状があった(咳嗽、痰、咽頭痛など) あった場合の詳細 ① 月 日～ 月 日 症状 _____ ②受診(○をつけてください): 有(月 日) 無 ③②で有の場合、診断名: _____ ※新型コロナ、インフルエンザ以外の診断がなされ、 症状が消失している場合には参加可
<input type="checkbox"/>	COVID-19 陽性者との濃厚接触歴があった (防護具なしで 1m 以内かつ 15 分以上接触、一緒に食事をした など)
<input type="checkbox"/>	発熱、呼吸器症状のある人と接触した
<input type="checkbox"/>	上記のどれにも該当なし