



## 「協力一致でお願いだ」カード

体調にすぐれない所はございますか？ (咳、倦怠感、味覚、嗅覚の障害)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
発熱はございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ( _____ °C)
新型コロナウイルス発症者と 濃厚接触、または同居はございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
二週間以内の海外渡航歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (国名： _____ 滞在日数： _____ 日)
二週間以内の右記都道府県滞在歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (滞在日数： _____ 日) <input type="checkbox"/> 北海道 <input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 神奈川 <input type="checkbox"/> 埼玉 <input type="checkbox"/> 千葉 <input type="checkbox"/> 愛知 <input type="checkbox"/> 京都 <input type="checkbox"/> 大阪 <input type="checkbox"/> 福岡

以上の内容に相違がないことを確認し署名します

署名 \_\_\_\_\_

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日