

申込情報		対象者情報												
番号 ※1	申込日	対象者区分	入所(採用) 予定日 ※2	検査対象者名 ※3	フリガナ(必須)	性別	生年月日	対象者住所	携帯電話	呼吸器 症状等 の有無	発熱 (37.5 ℃以上)	咳	咽頭痛	全身 倦怠感
記入例	R3. 7. 5	新規採用職員	R3. 7. 19	〇〇 〇〇	フリガナ	男性	H2. 1. 1	□□□□1-1-1	###-####-####	なし				

- ※1 1回の申込は、最大10名以内でお願いします。
- ※2 R3. 6. 1より前の日付は入力できません。
- ※3 姓と名の間は全角スペースを入力してください。

左記の網掛けセルは入力する必要はありません

原則、全ての項目が必須です。

※空欄が多い場合は、受付を保留として、補正を指示します。

										家族の健康状態				その他							
鼻水	頭痛	関節痛	呼吸困難	味覚障害	嗅覚障害	嘔吐	腹痛	下痢	過去のPCR検査	海外渡航歴	流行地等への移動	会食の有無	同居家族の有無	配偶者	家族	同居人	その他	代行申込への同意の有無	嘱託医の有無	嘱託医の意見	通信欄 (対象者)
									あり	なし	なし	なし	あり	健康				あり	なし		

↑このセルが「なし」又は空白の場合、検査はできません。

同居家族が「あり」の場合、必ず健康状態を入力願います。
(既に施設入所者の方は、「なし」で可。)