

地方独立行政法人 長崎市立病院機構  
長崎みなとメディカルセンター  
院長 門田 淳一 様

## 申 告 書

この度、長崎みなとメディカルセンターでの臨地・臨床実習を行うにあたり、以下の通り  
申告いたします。

(□にチェックを入れて申告)

実習開始日または見学希望日から遡り2週間以内に、

- コロナ感染の検査を受けた方及びそれらの方と家庭や職場等で接触はありません。
- 感染流行地域での居住歴・移動歴がある方及びそれらの方と家庭や職場等で接触は  
ありません。

※ 感染流行地域（人口10万人当たりの感染者数が2.0人以上：当院規定）

- 実習期間中の、感染流行地域への往来禁止は順守します。
- 下記の症状はありません。
  - ・37.5℃以上の発熱
  - ・のどの痛み、咳などの風邪症状
  - ・強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）
  - ・明らかな誘因がない味覚・嗅覚異常
  - ・明らかな誘因がなく4～5日続く下痢等の消化器症状
- 上記症状のある方と家庭や職場等で接触はありません。
- 実習中は毎日の健康チェックを行います。
- マスク着用、手洗いの励行、三密回避を実施します。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

申告者

所属施設

氏 名