

## 実習同意書

私は長野医療生活協同組合 長野中央病院で実習または見学するにあたり以下の健康管理、感染対策を実施し、患者の安全や職員の安全を守ることに同意します。

1. 実習開始2週間前より健康管理チェックシートを記載し、自身の体調管理に努めること。
2. 実習開始2週間前より、リスクのある行動（5人以上の会食、接待を伴う飲食店、カラオケ、バイキング形式の飲食店利用、長野県指定の「往来の必要性について改めて検討を求めている都道府県」「往来について慎重な行動を求めている都道府県」への往来）を控えること



3. 実習中、毎朝自宅で体温測定や風邪症状の有無を確認し、健康管理チェックシートへ記載すること。
4. 実習中、患者に触れる前や共有物に触れる前には手洗い、アルコール消毒を行うこと。
5. 実習中、マスクを外さないよう努めること。
6. 実習中、発熱や風邪症状が現れた場合、担当者へ直ちに報告すること。
7. 休憩中、飲食を行う際は2m以上の距離をとること。

記載日 \_\_\_\_\_

学校名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_