

【検温記録表】

兵庫県立視覚特別支援学校「第2回授業公開」に来校される皆様へ

- 2週間前からの検温の記録をお願いします。
- 来校の際、受付で本紙を提出してください。
- 当日は、マスクを着用し、受付での検温と手指の消毒にご協力ください。

検温月日	検温時間	体温	備考
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			
月 日 () 曜日			

上記のとおり、報告します。

令和 年 月 日

所 属 (学校名等) _____

連絡先 (電話番号) _____

名 前 _____