検　温　欄　【8月】

前日夜の体温を上段に、今朝の体温を中段にご記入ください。

所属長等は、確認のうえ下段検印欄に押印してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  |  |  |  | ８／１ | ２ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| ３ | ４ | ５ | ６ | ７ | ８ | ９ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| １０ | １１ | １２ | １３ | １４ | １５ | １６ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ | ２２ | ２３ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| 24　　　31 | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ | ２９ | ３０ |
|  |  |  |  |  |  |
| 検印検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |

下　野　市

健　康　管　理　票

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 氏　名 |  |

* すべての正規職員・臨時職員を対象とします。
* 出先機関の場合は、所属長ではなく施設長等が管理することとします。
* 発熱などの風邪症状がある場合は、出勤を控えてください。

　検　温　欄　【6月】

前日夜の体温を上段に、今朝の体温を中段にご記入ください。

所属長等は、確認のうえ下段検印欄に押印してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
| ６／１ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| ８ | ９ | １０ | １１ | １２ | １３ | １４ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| １５ | １６ | １７ | １８ | １９ | ２０ | ２１ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ | ２７ | ２８ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| ２９ | ３０ |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 |  |  |  |  |  |

　検　温　欄　【７月】

前日夜の体温を上段に、今朝の体温を中段にご記入ください。

所属長等は、確認のうえ下段検印欄に押印してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|  |  | ７／１ | ２ | ３ | ４ | ５ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| ６ | ７ | ８ | ９ | １０ | １１ | １２ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| １３ | １４ | １５ | １６ | １７ | １８ | １９ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| ２０ | ２１ | ２２ | ２３ | ２４ | ２５ | ２６ |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |
| ２７ | ２８ | ２９ | ３０ | ３１ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 検印 | 検印 | 検印 | 検印 | 検印 |  |  |