TDパワーマテリアル㈱　訪問調査票　（記入日：　　　　年　　　月　　　日）　　　※TDPMの担当者に提出

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訪問予定年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 訪問予定部署名 | |  | | | | | |
| 会社名 | | | 部署名 | 会社所在地  (都道府県名) | | ご氏名 | 質問事項①～⑧への該当 |
|  | | |  |  | |  | □全て該当せず  □該当あり  該当番号（　　　　　　　　　　　） |
|  | | |  |  | |  | □全て該当せず  □該当あり  該当番号（　　　　　　　　　　　） |
|  | | |  |  | |  | □全て該当せず  □該当あり  該当番号（　　　　　　　　　　　） |
|  | | |  |  | |  | □全て該当せず  □該当あり  該当番号（　　　　　　　　　　　） |
| 弊社からの連絡先 | 担当者氏名： | | | | TEL　　　　　　　（　　　　　　） | | |

この調査票は、TDパワーマテリアル(株)における新型コロナウイルス感染症対策に使用するものであり、その他の用途で使用することはありません。

１．質問事項

＊直近２週間で

　①発熱（37.5℃以上）　　②呼吸困難　　③強い倦怠感　　④激しい咳　　⑤味覚障害・嗅覚障害　　⑥風邪の症状が４日以上あった

　　⑦新型コロナウイルスに関して、ご自身もしくは同居家族の方が直近２週間でＰＣＲ検査を受けた

　＊過去に新型コロナウイルスに関して

　　⑧ご自身もしくは同居家族の方が直近２週間でＰＣＲ検査を受けた

２．お願い

　１）構内では必ずマスクを着用してください。　　　２）体調不良の方は入構をお断りします。

　３）訪問中に体調不良となった方は速やかにTDPM従業員に申し出てください。

　４）訪問終了後２週間以内にＰＣＲ検査を受けることになった場合は、速やかにTDPMの担当者にご連絡ください。

（訪問先部署で訪問後２週間保管し責任を持って廃棄）