

2021年3月吉日

各 位

公立大学法人 北九州市立大学
キャリアセンター長 柳井 雅人
(副 学 長)

インターンシップにおける新型コロナウイルス感染拡大防止のお願い

日頃より、本学の学生の採用におきましては、格別のご厚誼にあずかり、厚く御礼申し上げます。

さて、皆様方におかれましては既に様々な新型コロナウイルス感染防止対策を実施されておられることと存じます。

本学では、インターンシップに参加する学生に対し「インターンシップ体験実習に伴う新型コロナウイルス感染に関する注意事項」(参考資料⑥)を提示し、感染防止に努めるよう指導しているところです。

つきましては、新型コロナウイルス感染拡大防止のため、インターンシップの受入等を進めるにあたり、下記についてご留意くださいますようお願い申し上げます。

- ① 室内のこまめな換気
- ② 手指消毒薬の設置
- ③ テーブル、椅子などの備品の定期的な消毒
- ④ 実習生同士の十分な距離の確保
- ⑤ 参加学生より実習初日に健康管理表(参考資料⑥)を提出いたしますので、お手数をおかけ致しますが、ご確認いただきますようよろしくお願いいたします。

以上、何卒ご理解、ご協力の程よろしくお願い申し上げます。

ご不明な点がございましたら、お手数をおかけしますが下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

お問い合わせ先
北九州市立大学
学生支援課 就職係 池田、緒方
電話 093-964-4014 FAX093-964-4010
E-Mail : internship@kitakyu-u.ac.jp

インターンシップ・1Day 仕事体験等に参加する学生の方へ

インターンシップ・1Day 仕事体験等参加に伴う新型コロナウイルス感染に関する注意事項

北九州市立大学 キャリアセンター

学生にとってインターンシップは就業体験として、企業・団体様を知ることができる重要な機会ですが、新型コロナウイルス感染症については、未だ収束の兆しが見えないこともあり、参加を希望する学生はしっかりと感染症対策を講じる必要があります。

については、インターンシップ等のプログラムに参加する学生は(1)新型コロナウイルス感染症に伴うリスク(2)新型コロナウイルス感染症対策を十分理解するとともに、感染予防を徹底し、感染源となって感染を拡大させることがないように努めてください。

(1) 新型コロナウイルス感染に伴うリスク

- ・実習中に自身が新型コロナウイルス感染に感染していた、または感染したことにより、インターンシップ等受入先企業・団体様が、実習会場の設備及び施設の消毒をする、営業を停止するなど、多大なご迷惑をおかけする恐れがあること。
- ・自身も新型コロナウイルスに感染した場合には、自身の健康に支障をきたす恐れがある。

(2) 新型コロナウイルス感染対策

・日頃の感染対策

- ① マスク着用と石鹸による手洗い・手指の消毒を行う
- ② 不要不急の外出を控える
- ③ 他の人と十分な距離をとる(密を避ける)
- ④ こまめな換気
- ⑤ 咳やくしゃみのエチケットの留意
- ⑥ 睡眠や食事に配慮し、規則正しい生活を送る
- ⑦ 毎日の検温等の健康チェック

・インターンシップ等の参加 2 週間前から取りくむべき感染対策

- ① 実習開始日 1 週間前から健康チェックの結果を添付健康管理表(別紙1)に毎日記入し、実習初日に受入先のご担当者に提出する。
- ② 実習開始日 2 週間前から実習最終日までの間、自身及び同居家族や身近な接触者のうち、新型コロナウイルスに感染した場合や感染の疑いがある場合は、受入先企業様やキャリアセンター(093-964-4014)へ直ちに連絡してください。キャリアセンターや受入先企業様からインターンシップ参加中止の指示があった場合は、それに従ってください。

- ※ 新型コロナウイルスに感染した場合は自身の健康に支障をきたすだけでなく、多方面に多大なご迷惑をおかけしてしまう恐れがあることを十分認識し、感染予防に努めてインターンシップ等に参加してください。

健康管理表

所属	北九州市立大学	学部	学科	年
氏名				

別紙1

	実習7日前	実習6日前	実習5日前	実習4日前	実習3日前	実習2日前	実習1日前
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温(午前)	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C
体温(午後)	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C
咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ノドの痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
味覚・嗅覚	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる
その他							

	実習1日目	実習2日目	実習3日目	実習4日目	実習5日目	実習6日目	実習7日目
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温(午前)	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C
体温(午後)	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C	時 分 °C
咳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ノドの痛み	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
息苦しさ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
鼻水	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
味覚・嗅覚	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる	<input type="checkbox"/> 感じない <input type="checkbox"/> 感じる
その他							

※実習参加1週間前から、毎日健康チェック表に記入しましょう。(実習初日の朝、受入れ先企業担当者へ提出してください。)

※気になる症状がある時は、キャリアセンターへ連絡してください。キャリアセンター：093-964-4014