

NOTES 注記

SIGNATURE サイン:

新型コロナウィルスに関する申告書

- At Cezars Kitchen, the health & wellbeing of our employees, community and our customers is priority. シーザースキッチンでは、従業員、地域社会、お客様の健康と安全が最優先されます。
- Operations Managers need to ensure that all staff complete this form and submit it to the HSEC Manager at least 48 hours **before** returning to work.

オペレーションマネージャーは、全スタッフが職場復帰の48時間<u>前まで</u>にこの申告書を記入し、HSECマネージャーに提出するのを確認する

• All information is treated with conf すべての情報は機密情報として扱われる	•			
1. BASIC INFORMATION 基本情報				
DATE 日付				
NAME 名前				
JOB DESCRIPTION 役職	□ OM □ KM □ FT 正社員 □		「パート □ Other そ	この他 ()
WORK LOCATION 勤務先名				
CONTACT NUMBER 電話番号				
2. HAVE YOU NOW OR IN THE PAST 72 現在または過去 72 時間以内に、次のインファ			?	□ NO 1313≧
FEVER 発熱			□ YES はい	□ NO いいえ
SHORTNESS OF BREATH 息切れ COUGH 咳			□ YES はい	□ NO いいえ
SORE THROAT のどの痛み			□ YES はい	□ NO いいえ □ NO いいえ
□ YES (If Yes, answer below) はい (はい □ NO いいえ DATE OF ARRIVAL/RETURN 到着日/帰		ること)		
DATE OF DEPARTURE 出国日	<u> </u>			
NAME OF COUNTRY & CITY 訪れた国	 と街			
4. HAVE YOU OR ANY IMMEDIATE FAM CLOSE CONTACT WITH A CONFIRMED C 過去 14 日以内にあなた、家族、または身近な ましたか? YES (If Yes, answer below) はい (はい NO いいえ DATE OF CONTACT 接触日 LOCATION 場所	CASE OF COVID-19 IN T はコミュニティー(同居人、M	HE PAST 14 DAYS? 記偶者、両親など)が、		
I hereby declare the above information	to be accurate, comple	te, and true.		
私はここに上記の情報が正確で完全かつ真領	・ 尾であることを宣言します。			

Please send this completed form to gordon@cezarskitchen.com へ送ること。

DATE 日付: