**職場の熱中症予防対策　自主点検（回答票）**

団体名または事業場名

電話番号　（　　　　－　　　　　－　　　　　）

ＷＥＢセミナー視聴月日　　　　　　月　　　　日

* **自主点検の結果、該当するものに〇をつけて回答ください。**

自主点検項目　①　　　はい　　/　　いいえ

　　　 　　②　　　はい　　/　　いいえ

③　　　はい　　/　　いいえ

　　　 　　④　　　はい　　/　　いいえ

　　　　 　⑤　　　はい　　/　　いいえ

　　　 　 　⑥　　　はい　　/　　いいえ

　　 　 　　⑦　　　はい　　/　　いいえ

　　　 　　⑧　　　はい　　/　　いいえ

* **当ＷＥＢセミナーについて、**ご意見、ご感想等がありましたら、下記に記入ください。