

فرم تست سلامت covid-19 کارکنان مستقر در کارگاه

روز مورخه

توضیحات	بدن درد		آبریزش بینی		درد بدن و اسهال		سرفه خشک و گلو درد		دمای بدن		نام و نام خانوادگی	R
	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح	عصر	صبح		
												۱
												۲
												۳
												۴
												۵
												۶
												۷
												۸
												۹
												۱۰
												۱۱
												۱۲
												۱۳
												۱۴
												۱۵
												۱۶
												۱۷
												۱۸
												۱۹
												۲۰
												۲۱
												۲۲
												۲۳
												۲۴
												۲۵