

新型コロナウイルス感染症 対策期間 コミュニティスペース利用チェックシート

改訂日：2022.10.1

施設利用のご予約・ご利用に際して

- ① 当チェックシートの内容をご確認、ご了承いただいたうえ、お申し込みをお願いいたします。
- ② ご利用日当日に当チェックシートをご記入・ご署名のうえご提出をお願いいたします。
- ③ 1項目でも「いいえ」がある場合、ご利用を中止していただきます。予めご了承ください。

チェック項目

以下、「はい」または「いいえ」の該当する方に✓をつけてください。

■ A. 体調について

ご利用者全員の過去7日以内の状況についてご回答をお願いいたします。

	確認内容	はい	いいえ
A-1	発熱（37.5度以上）の症状がある人 または あった人はいません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-2	息苦しさ、咳、鼻水、倦怠感などの症状がある人 または あった人はいません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ B. ご利用中の感染症対策について

	確認内容	はい	いいえ
B-1	施設の利用前、利用後に必ず手洗いや消毒を行います。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B-2	換気窓を開けたまま（全開状態）で利用します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B-3	選択した利用タイプの最大人数以下で利用し、利用者同士の間隔は 1.5m以上を保ちます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B-4	大声を出しての会話や発声、生もの（生花等）の取扱は行いません。 ※ 合唱やカラオケ等のご利用いただけません	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B-5	利用中はマスクの着用をし、できる限り相互接触を避けます。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B-6	利用者全員の連絡先（氏名・電話番号・住所）を把握しています。 ※ ご利用後に7日以内にご利用者様の中で感染の疑いが発生した場合には、速やかにご報告ください ※ 名簿の提出は不要ですが感染の疑いが発生した場合には提出のご協力を頂く場合がございます	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- その他、特筆事項等がございましたらご記入ください。

ご利用日現在、上記確認事項を確認したとともに内容に相違はありません。

ご利用日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 代表者 署名： _____