新型コロナウイルス感染症対策　施設利用チェックシート

記入日　　　　　　　年　　　　月　　　　日（　　）

施設利用申請者（団体）

　　　　　　　　　　　　　　　　　施設利用責任者

　　（対策実施責任者）　　　　　　　　　　　　　☎

以下の項目について適切に対応しますので、貴施設の利用を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対応項目 | | チェック |
| **１　実施体制** | | |
| ① | 感染症防止対策の実施に責任を持つ「対策実施責任者」を選任します。 | □ |
| ② | 利用者から感染者が出た場合に、東濃保健所（☎0572－23－1111内線361）の調査に迅速に協力することができるよう、利用者全員の連絡先を記した利用者名簿を提出します。 | □ |
| ③ | 利用者から感染者が出た場合に、利用者は、東濃保健所の調査に迅速に協力すべきこと、及び濃厚接触者に該当する利用者については２週間を目安に自宅待機等の要請があり、当該要請に応じるべきことを利用者に周知しています。 | □ |
| ④ | 施設管理者が実施する感染防止対策の取組みに従います。 | □ |
| **２　密集対策** | | |
| ① | 利用者同士、または利用者とそれ以外の者との前後左右の間隔を２ｍ以上確保します。 | □ |
| ② | 利用者数は、上記密集対策を適切に実施することができる人数に限定しています。 | □ |
| **３　密閉対策** | | |
| ① | 施設利用中は、複数の窓開けに等より通気の良い換気を実施します。 | □ |
| **４　密接対策** | | |
| ① | 利用者は、マスクを着用します。 | □ |
| ② | 対面場面は、作りません | □ |
| **５　衛生対策** | | |
| ① | 利用予定者は、利用当日に検温することとし、発熱その他風邪症状がある者については施設を利用しないこととします。 | □ |
| ② | 利用予定日から遡って２週間以内に発熱その他風邪症状があった者については施設を利用しないこととします。 | □ |
| ③ | 施設内の手指消毒設備を積極的に利用し、衛生対策を励行します。 | □ |
| ④ | 共有物については、使用前後の消毒等、適切な管理に努めます。 | □ |