

対応者

かがわ総合リハビリテーション福祉センター

体育施設・文化施設利用時の感染症対策チェックリスト（団体用）

利用者の健康及び安全を保持する観点から、以下内容について記入・提出いただきますようお願いいたします。

1. 代表者は、利用者各々に「新型コロナウイルス感染拡大に伴う利用制限等について」を周知し、利用者名簿を作成してください。
(利用者名簿には、氏名・年代・住所・連絡先・体温・健康チェック・個々の入室退室時間 が必要です)
2. 代表者は、利用者全員の健康状態を確認し、利用者名簿に必要事項を記入の上、提出してください。
(センターでコピーをとり、原本はお返しします)
3. 代表者は、保健所等からの連絡があった場合に返答できるよう、名簿を1か月間保管してください。

項 目	代表者 同意欄	職員 確認
利用者全員に周知・確認をし、利用方法について説明した。		
参加者全員から、名簿作成と、保健所等へ情報提供することに同意を得た。		
利用者全員の入館時の体温および体調の確認を行った。 ※風邪症状や発熱等があった場合には、発症日から6日経過するまでは利用できない。		
利用者全員の同居家族や身近な知人に、体調不良や感染が疑われる人はいない。		
利用者は全員、県内在住者である。		
以下には該当しない。 ・過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている、国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合。 ・過去6日以内に感染拡大地域に移動した場合 ※ここでの感染拡大地域とは、まん延防止等重点措置、緊急事態宣言の発令された地域を指す 例) 感染拡大地域から4/1に香川県に戻った、4/8～利用可		
以下の事項をお願いする。 ・共用エリアではマスク着用（共用エリア：福祉センター本館 ロビー、ろうか、階段、エレベーター、トイレ、給湯室、くらし快適館、面接室など） ・密閉、密集、密接のないよう行動する。 ・「新型コロナウイルス感染拡大に伴う利用制限等について」を守り利用する。		
上記の全ての事柄について、確認した内容に間違いはありません。		

利用日： 令和____年____月____日 _____時____分～ _____時____分

利用場所： 利用する施設に○をつけてください

(体育施設) 体育館アリーナ・グラウンド・プール

(文化施設) 第1研修室・第2研修室・第一会議室・AV会議室・調理室・福祉バス

団体名： _____ 代表者氏名： _____

※利用当日の代表者名を記入してください

連絡先： _____ () _____