

学校施設の利用に係る新型コロナウイルス感染症対策チェックリスト

団体名 _____ 利用日 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (____ 曜日)
 利用者 (当日責任者) _____ 利用時間 _____ : _____ ~ _____ : _____
 住 所 _____ 利用場所 : _____ 学校 / 施設名 : _____
 電話番号 _____ 利用目的 (競技名等) _____

施設利用者全員で確認の上、裏面の当日利用者名簿も記入し、翌開庁日に市役所社会教育課までご提出ください。施設利用者で感染者が発生した場合に保健所に連絡できるよう1ヶ月保管します。提出がない場合やチェック項目を遵守していただけない場合は、今後の利用をお断りする場合があります。

△利用者に感染者が発生した場合、速やかに市役所社会教育課にご連絡ください。

【ご利用前の確認事項】

	チェック項目	チェック欄
1	利用当日の体温に異常がない (利用前に必ず検温してください)。	
2	利用前2週間において以下の事項に当てはまらないか。 ①平熱を超える発熱、咳 (せき) ②のどの痛みなど風邪の症状 ③だるさ (倦怠感)、息苦しさ (呼吸困難)、嗅覚や味覚の異常 ④新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触 ⑤同居家族や身近な知人の感染の疑い ⑥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	

【ご利用後の確認事項】

	チェック項目	チェック欄
1	マスクを持参し、スポーツ活動を行っていない間着用した。	
2	窓を常時開放し、換気を行った。	
3	利用者相互の接触を避けた活動を行った。※活動を具体的にご記入をお願いします。 <input type="text"/>	
4	消毒液や除菌シートを持参し、活動前後の手指消毒、施設・付帯設備等の消毒を行った ※実施した箇所に○、その他には消毒実施箇所全てを記載してください。 ア：門扉 イ：ドアノブ ウ：電気スイッチ エ：窓の取手・鍵 オ：蛇口 カ：共有備品 (_____) キ：その他 (_____)	

※消毒用エタノールを含む消毒液・除菌シートでの消毒をお願いします (消毒場所への直接噴霧禁止)。

体育館の床等に消毒液がこぼれるとワックスが剥がれる場合があるので、十分注意してください。

利用者名簿（必要に応じて別紙での提出可）

No.	氏名	電話番号	No.	氏名	電話番号
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

書ききれない場合は、上記の内容を任意の様式にご記入ください。

記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス感染症拡大防止及び施設の適切な貸出業務に利用いたします。その他の目的で利用することはありません。