新型コロナウィルス感染症対策確認シート（体育施設）

体育施設を使用する代表者は、使用者全員の体調等を確認のうえ記載してください。

**使用施設　　　　　　　　　　　　　団体名**　　　　　　　　　　　　　　**代表者名**

**●使用日：令和２年　　月　　日　　　●使用人数：　　　人　　　●連絡先：（　　　）　　　－**

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　　　目 | チェック |
| １　風邪の症状（咳・鼻水・倦怠感）や発熱がある使用者はいますか。 | １　はい　２　いいえ |
| ２　強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある使用者はいますか。 | １　はい　２　いいえ |
| ３　海外から2週間以内に帰国、また、帰国された方と濃厚接触された使用者はいますか。  　　　（はいの場合は国名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | １　はい　２　いいえ |
| ４　御家族や身近な方に現在発熱等の症状がある使用者はいますか。  （はいの場合は関係と症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | １　はい　２　いいえ |
| ５　利用者リストを作成していますか  （保健所から提出を求められる場合があるため、必ず作成してください）。 | １　はい　２　いいえ |

新型コロナウィルス感染症対策確認シート（体育施設）

体育施設を使用する代表者は、使用者全員の体調等を確認のうえ記載してください。

**使用施設　　　　　　　　　　　　　団体名**　　　　　　　　　　　　　　**代表者名**

**●使用日：令和２年　　月　　日　　　●使用人数：　　　人　　　●連絡先：（　　　）　　　－**

|  |  |
| --- | --- |
| 項　　　　　　目 | チェック |
| １　風邪の症状（咳・鼻水・倦怠感）や発熱がある使用者はいますか。 | １　はい　２　いいえ |
| ２　強いだるさ（倦怠感）や息苦しさ（呼吸困難）がある使用者はいますか。 | １　はい　２　いいえ |
| ３　海外から2週間以内に帰国、また、帰国された方と濃厚接触された使用者はいますか。  　　　（はいの場合は国名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | １　はい　２　いいえ |
| ４　御家族や身近な方に現在発熱等の症状がある使用者はいますか。  （はいの場合は関係と症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | １　はい　２　いいえ |
| ５　利用者リストを作成していますか  （保健所から提出を求められる場合があるため、必ず作成してください）。 | １　はい　２　いいえ |