

体調確認シート＜団体利用＞

日時：2020年 月 日() :

施設名：

団体名： 様

＜記入者＞

氏名： 様

年齢： 歳

連絡先：

住所：

新型コロナウイルス感染症対策として下記の事項を確認しております。

ご理解ご協力をお願いいたします。

記

- 利用者全員の氏名、連絡先を把握している。
- 利用者全員が以下の事項に当てはまっている。
 - ・咳やのどの痛み、発熱、倦怠感の症状はない
 - ・味覚や嗅覚の異常はない
 - ・過去14日以内に海外渡航歴はない
 - ・ご家族に発熱や体調不良の方がいない

上記項目の確認が取れない場合はご利用いただけません。

※本シートは、新型コロナウイルス感染症対策を目的として提出をお願いしています。記入していただいた個人情報は、ご本人の同意なしに第三者に提供することはありません。ただし、感染症患者または感染の疑いがある方の施設利用が判明した場合には、必要に応じて保健所等関係機関に提供することがあります。

指定管理者 アイレクスグループ共同企業体