

(ご利用後に提出して頂きたい書類)

新型コロナウイルス感染拡大防止確認リスト

利用年月日：令和 年 月 日

利用会場名： \_\_\_\_\_

下記の項目をご一読の上、「はい・いいえ」のいずれかに「○」をつけてください。

各項目全てに確認・署名し、2階大分県社会福祉協議会 総務・企画情報部にご提出ください。(当日利用後。土日祝日・夜間に提出する場合、1階管理室にご提出ください。)

項 目	確認
利用者及び参加者はマスクを着用しましたか？(マスクを持参していない者がいた場合は、利用者側でご用意し、配布した)	はい・いいえ
利用者及び参加者は入場時に検温し、発熱や咳などの症状がある場合は利用をお断りしましたか？	はい・いいえ
身体接触を伴う活動や大声を発する行為等慎み、利用しましたか？	はい・いいえ
万が一に備え、利用者は参加者の氏名、連絡先を把握するよう努めましたか？	はい・いいえ
手指用アルコール消毒液を設置しましたか？(利用者側で用意した)	はい・いいえ
会場へ入室する前に手指消毒をするよう、参加者に周知・徹底しましたか？	はい・いいえ
会議室利用中、不特定多数の人が接触するドアノブなどは必要に応じて消毒しましたか？	はい・いいえ
入退室時や休憩中は十分に間隔をあけて(1m以上)、密集・密接を避けるよう声かけしましたか？	はい・いいえ
会議室利用時の座席レイアウトは、講師の説明位置から最前列の着席との距離は2m以上あけ、参加者は前後左右1m以上あけて座るよう工夫して利用しましたか？	はい・いいえ
対面での会話は避けるよう、参加者に周知しましたか？	はい・いいえ
会場利用前後や休憩時には、必要に応じて窓や扉を開放し、換気を行いましたか？(5分～10分程度)	はい・いいえ
配布物(資料等)については、直接手渡しをしないなど、参加者となるべく接触しないよう配慮しましたか？	はい・いいえ

事業所名： _____	代表者名： _____
住所： _____	
担当者名： _____	電話番号： _____