

(別紙)

新型コロナウイルス感染予防対策チェックリスト

本チェックリストは、**参加当日の受付前に代表者が記入し、参加者全員の名簿**（氏名・住所・連絡先を記載）と併せて提出してください。

利用団体名		代表者氏名	
代表者住所	〒		
電話番号		メールアドレス	

以下、「はい」または「いいえ」の該当する方に✓をつけてください。

■体調について（過去14日以内の状況について回答ください）

※参加者全員について、代表者が確認し記載してください。

	項目	はい	いいえ
①	発熱（37.5℃以上）がある（あった）人はいない		
②	上記のほか、以下の症状がある（あった）人はいない （咳・呼吸困難・全身倦怠感・咽頭痛・鼻汁・鼻閉・味覚障害・嗅覚障害・目の痛み・結膜の充血・頭痛・関節痛・筋肉痛・下痢・吐気・嘔吐）		
③	感染が引き続き拡大している地域（※）や海外への渡航歴がある人はいない ※県が定める重要感染警戒地域及び特別重要感染警戒地域を指します。詳細はホームページをご覧ください。（ https://www.pref.tottori.lg.jp/corona-virus/ ）		
④	「新型コロナウイルス感染者の濃厚接触者」及び「保健所から外出を控えたり体調に注意するよう依頼されている人」はいない		

■感染対策について

	項目	はい	いいえ
①	参加者の連絡先を把握している（氏名、住所、緊急連絡先）		

当日の参加者名簿は、見学終了後、**最低3週間**は保管してください。
また、参加者に見学終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症の発症者がいる場合は、県に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告してください。

記入日：令和 年 月 日

見学日現在において、以上の内容に相違ありません。

代表者名 _____

◎上記において、「はい」に該当がある方については、参加をお断りする場合がございます。

◎ご提供いただいたチェックリスト及び参加者名簿の情報については、参加者に新型コロナウイルス感染者が発生した際に以下の目的にのみ使用し、その他の用途には使用しません。また、参加者名簿については見学日から3週間が経過したら破棄します。

- ・見学参加者及び県関係者に感染者が発生した場合の緊急連絡先
- ・保健所が行う患者行動等の聞き取り協力