利用確認票（個人用）

新潟県障害者交流センター

ご利用の前に、下記チェック項目の確認と必要事項のご記入をお願いします。

1、本日の体温　37.5℃	（　以上　　以下　）

2、利用前2週間における以下の事項についてお答えください			
①	発熱や風邪の症状、嗅覚や味覚の異常があった	はい	いいえ
②	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があった	はい	いいえ
③	同居家族や身近な知人に感染が疑われている方がいた	はい	いいえ
④	過去、14日以内に政府から入国制限等がされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があった	はい	いいえ

1つでも「はい」がある方は、本日はセンターをご利用いただけません

利用日時	令和2年　　月　　日（　　）　　～
利用証番号 ※有料利用者は「有料」と記入	
利用者氏名	
電話番号	
住所（2回目以降省略可）	
介助者氏名	

※当施設を1ヶ月以内に複数回利用される場合は、住所の記載を省略していただいて構いません。

本日ご利用の施設（利用施設に✓をしてください）				
□プール	□リハトレ室	□体育館	□会議室	□研修室
□集会室	□ﾐｰﾃｨﾝｸﾞﾙｰﾑ	□STT室	□その他（　　）	

感染防止のために、施設が決定した事項に関して遵守、指示に従ってください。

同じ時間帯を利用した方から新型コロナウイルス感染者が出た場合にはご連絡をさせていただきます。
その他の目的で使用することは一切ありません。

担当職員＿＿＿＿＿＿＿＿