利用確認票（団体用）

新潟県障害者交流センター

◎代表者は太枠内をご記入ください。

利用日時	令和2年　　月　　日(　　)　　～
団体名	
事務局所在地	
利用施設	□プール　□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(　　)

◎参加者全員が以下の項目を確認し、すべて「いいえ」の方は、氏名・電話番号をご記入ください。

1、本日の体温が　37.5℃以下　である

2、利用前2週間以内に ①発熱や風邪の症状、嗅覚や味覚の異常があった
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
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
④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

No.	氏名	電話番号	No.	氏名	電話番号
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		

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。

記入いただいた個人情報は、新型コロナウイルス拡大防止のために利用させて頂きます。その他の目的で利用することは一切ありません。

担当職員