

## 施設利用者名簿

【利用日時：       年   月   日   時   分       ～       年   月   日   時   分

【団体名】：

【代表者】：       氏名

                  住所

                  電話番号

利用前2週間における以下の事項の有無を確認し、問題ないと判断した人のみが施設を利用します。

ア 平熱を超える発熱

イ 咳(せき)、のどの痛みなど風邪の症状

ウ だるさ(倦怠(けんたい)感)、息苦しさ(呼吸困難)

エ 嗅覚や味覚の異常

オ 体が重く感じる、疲れやすい等

カ 新型コロナウイルス感染症に陽性とされた者との濃厚接触の有無

キ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合

ク 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合

【利用者】 ※種別 指導者(◎)、選手(○)、チーム応援者(△)

二重線がある場合は、利用してません。

No	種別	氏名	電話番号	体温	No	種別	氏名	電話番号	体温
1					31				
2					32				
3					33				
4					34				
5					35				
6					36				
7					37				
8					38				
9					39				
10					40				
11					41				
12					42				
13					43				
14					44				
15					45				
16					46				
17					47				
18					48				
19					49				
20					50				
21					51				
22					52				
23					53				
24					54				
25					55				
26					56				
27					57				
28					58				
29					59				
30					60				