

新型コロナウイルス感染症対策チェックシート（福祉バス利用者用）

| | |
|-----------|-----------------------------|
| 利 用 日 | 年 月 日 |
| 利 用 時 間 | : ~ : |
| 行 き 先 | |
| 団 体 名 | |
| 利 用 責 任 者 | |
| 連 絡 先 | |
| 利 用 人 数 | |

| 区分 | 項目 | チェック |
|-------------|---|--------------------------|
| 予 約 時 | 1 利用人数は必要最小限とします。 | <input type="checkbox"/> |
| | 2 福祉バス管理者が実施する感染防止対策の取組に協力します。 | <input type="checkbox"/> |
| | 3 利用者から感染者が出た場合、保健所等の調査に迅速に協力し、濃厚接触者に該当する利用者については自宅待機等の要請に応じるべきことを利用者等へ周知します。 | <input type="checkbox"/> |
| 利 用 前 | 下記のいずれかの条件に該当する方は参加をお控えください。 | |
| | 1 利用当日に検温をすることとし、発熱や風邪症状のある方 2 利用予定日以前に、感染者と濃厚接触があり、保健所から指導を受けている方 | <input type="checkbox"/> |
| 利 用 時 | 1 利用者は原則マスクを着用します。 | <input type="checkbox"/> |
| | 2 乗車時には積極的に手指消毒を行い、感染対策を励行します。 | <input type="checkbox"/> |
| | 3 利用責任者は利用者全員の連絡先を把握します。 | <input type="checkbox"/> |
| | 4 座席は人と人とは触れ合わない程度の間隔をあけて座ります。 | <input type="checkbox"/> |
| | 5 乗車中は頻繁な換気をします。 | <input type="checkbox"/> |
| | 6 大きな声での会話は控えます。 | <input type="checkbox"/> |
| | 7 乗車中の飲食はしません。（やむを得ない場合及び水分補給は可） | <input type="checkbox"/> |
| 利 用 後 | 1 利用者から感染者が出た場合は、西濃保健所の調査に迅速に協力します。 | <input type="checkbox"/> |

福祉バス利用者一覧表

| No. | 氏名 連絡先 | No. | 氏名 連絡先 |
|-----|-----------|-----|-----------|
| 1 | | 13 | |
| 2 | | 14 | |
| 3 | | 15 | |
| 4 | | 16 | |
| 5 | | 17 | |
| 6 | | 18 | |
| 7 | | 19 | |
| 8 | | 20 | |
| 9 | | 21 | |
| 10 | | 22 | |
| 11 | | 23 | |
| 12 | | 24 | |