施設利用　受付表

受付日	令和　　年　　月　　日　（　　）		
団体名		責任者名	
使用施設		責任者住所	
利用時間	～	電話番号	

氏名	年齢	体温 (利用前)	下記の有無について (該当するところに〇をつけてください)	住所
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	
			有（　） 無	

注意事項！　該当する項目があれば、有（　）に記号を入れてください。

※利用前2週間における以下の事項の有無	
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	