**社会体育施設利用に関するチェックリスト**

**利用者が施設を安全・安心に利用できるよう、施設管理者だけでなく、利用者を含む全員が感染拡大防止に取り組むことが重要です。**

**御不便をおかけしますが、御理解と御協力をお願いいたします。**

「いいえ」が一つでもある場合は、利用を自粛していただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| チェック項目 | はい | いいえ |
| 発熱している人はいませんか。（平熱を超える発熱） | □ | □ |
| せき、のどの痛みなど風邪の症状を持つ人はいませんか。 | □ | □ |
| だるさ（倦怠感）、息苦しさ呼吸困難を感じる人はいませんか。 | □ | □ |
| 味覚や臭覚に異常を感じる人はいませんか。 | □ | □ |
| 新型コロナウイルス感染者との濃厚接触の可能性は有りませんか。 | □ | □ |
| 同居家族や身近な知人などに感染を疑われる方がいませんか。 | □ | □ |
| マスクを持参している。 | □ | □ |
| こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒は行います。 | □ | □ |
| マスクを着用し、他の利用者等と２ｍ以上の距離を確保します。  （運動・スポーツ中のマスク着用は利用者等の判断とする。） | □ | □ |
| 大きな声で会話や指導、応援は行いません。 | □ | □ |
| 施設利用前後のミーティングなどにおいても、三つの密を避けます。 | □ | □ |
| 施設利用後の懇親会の開催は控えます。 | □ | □ |
| 個人ごとにタオルを準備し、共用は行いません。 | □ | □ |
| 定期的に外気を取り入れるなど換気を行います。 | □ | □ |
| 施設管理者の指示に従います。 | □ | □ |

**令和　　年　　月　　日**

**住　　所**

**団 体 名**

**代表氏名**

**電話番号**