**感染症対策チェックシート**

本会では、福祉バスをご利用されるみなさまに、新型コロナウイルス感染症拡大防止の取り組みについて、ご協力をお願いしています。

　感染リスク回避のため、次のチェックリスト項目を徹底していただきますようお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **対応項目** | **チェック** |
| 利用者は全員マスクを着用し、咳エチケットを徹底します。 | □ |
| こまめな手洗い、アルコール等による手指の消毒を行います。 | □ |
| 利用中は、大きな声や、向かい合っての会話はしません。 | □ |
| 目的地に浴場を伴う施設はありません。 | □ |
| 利用中に出たゴミは全て持ち帰ります。 | □ |
| 利用者への事前の案内として、①～④のいずれかに該当する方はいないことを確認します。　① 利用予定日までの２週間に発熱や風邪症状で受診中または服薬中の方　② 利用予定日までの２週間に渡航歴がある方　③ 利用予定日までの２週間に新型コロナウイルス感染者と濃厚接触のあった方　④ 利用直前において、発熱（37.5℃以上）がある方、風邪症状がある方、その他体調不良の方 | □ |
| バスの利用時間は、車庫発8：45～車庫着15：45内（※原則）とします。 | □ |
| 利用にあたり、本会職員からの安全及び感染症防止の指示に従います。 | □ |

**※すべての項目に✔がついた場合にご利用可能です。**

※このチェックリストは、「福祉バス利用申請書」と一緒にご提出ください。

※利用者名簿を保管し、利用終了後２週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合には、本会に対して速やかに報告してください。

上記の内容を遵守して、福祉バスの利用を申請します。

利用予定日　　　　　　年　　　　月　　　　日

記　入　日　　　　　　年　　　　月　　　　日

利用団体名