撮影事業者等体調チェックシート

利用施設名【　　　　　　　　　　　　　　　】

使用時間【　　　：　　　～　　　：　　　】

|  |  |
| --- | --- |
| 会社概要 | 会社名  代表者名 |
| 所在地 | 〒  電話番号 |

「印西市における映像撮影等受入に係るガイドライン」に同意の上、下記のとおり報告します。

確認者署名欄（自書）

施設利用者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　　名 | 年齢 | 住　所 | 電話番号 | 体　温 | 体調等に異常はないか？  ※下記参照 |
| 1 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 2 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 3 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 4 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 5 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 6 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 7 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 8 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 9 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| 10 |  |  |  |  | ℃ | あり・なし |
| ※記入欄が足りない場合は、適宜、行を追加してください。  ◆体調等チェックの判断基準について  　確認者は、当日の施設利用者全員に以下の項目を確認の上、チェック欄に○印を付けて提出してください。   1. 発熱、せき、だるさ、嗅覚、味覚異常等、体調に異常がない。 2. 身近な人に感染が疑われる方がいない。また、濃厚接触者ではない。 3. 2週間以内に政府から制限を受けている国や地域への海外渡航歴がない。   上記に該当する場合や、不安がある場合は自主的に利用を見合わせてください。  ◆個人情報の取り扱いについて  　・お預かりした個人情報は、新型コロナウイルス感染拡大防止を目的として使用し、適切に管理いたします。  　・印旛保健所等の行政機関への提供の可能性がございます。行政機関以外の第三者へ開示はいたしません。 | | | | | | |