様式１

施設利用に係る新型コロナウィルス感染予防対策事前申出書

日本赤十字秋田看護大学・秋田短期大学　学長様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日（申出日） | | |
| 利用施設 | □①体育館　　□②講義室（　　　　　　　）　□③会議室（　　　　）  □④ゼミ室（　　　　　　）　□⑤学内全般　　□⑥その他（　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 利用目的 | □①学内見学　□②オープンキャンパス　□③講演会　□④会議　□⑤講義  □⑥工事等　　□⑦物販　　□⑧その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 利用時間 | 午前・午後　　　　時　　　分　～　　午前・午後　　　　時　　　分  （一時退館　　　　　:　　　　～　　　　:　　　　　） | | |
| 利用者 | 氏名 |  | |
| 住所 | □県内  □県外（都道府県名：　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 連絡先（電話番号） | （　　　　　） | |
| 体調 | ア.体温　（平熱を超えるかどうか） | | 度(平熱　　　度) |
| イ.発熱、咳、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐など風邪の症状 | | 無　・　有（　　　　　　　　　） |
| ウ.だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難） | | 無　・　有（　　　　　　　　　） |
| エ.味覚や嗅覚の異常 | | 無　・　有（　　　　　　　　　） |
| オ.体が重く感じる、疲れやすい等 | | 無　・　有（　　　　　　　　　） |
| カ.新型コロナウィルス感染症陽性とされた者との濃厚接触※１の有無 | | 無　・　有（　　　　　　　　　） |
| キ.同居家族や身近な知人に感染が疑われる者の有無 | | 無　・　有（　　　　　　　　　） |
| 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る国、地域等※２への渡航又は当該在住者との濃厚接触※１の有無 | | 無　・　有（　　　　　　　　　） |

上記の通り相違ありません。

　また、感染が発生した場合においては、感染拡大防止のため保健所など公的機関に本申出書の内容にかかる情報開示が行われることを承諾いたします。

|  |
| --- |
| 本人署名 |

**※１　濃厚接触者**

　「濃厚接触者」とは、「患者（確定例）」（「臨床的特徴等から新型コロナウイルス感染症が疑われ、かつ、検査により新型コロナウイルス感染症と診断された者」「無症状病原体保有者」を含む。以下同じ。）の感染可能期間（発熱及び咳・呼吸困難などの急性の呼吸器症状を含めた新型コロナウイルス感染症を疑う症状（発熱、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁・鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気・嘔吐など）を呈した 2 日前から入院、自宅や施設等待機開始までの間）　に接触した者のうち、次の範囲に該当する者。

　・ 患者（確定例）と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機内等を含む）があった者

　・ 適切な感染防護無しに患者（確定例）を診察、看護若しくは介護していた者

　・ 患者（確定例）の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者

　・ その他： 手で触れることの出来る距離（目安として 1 メートル）で、必要な感染予防策なしで、「患者（確定例）」と 15 分以上の接触があった者（周辺の環境や接触の状況等個々の状況から患者の感染性を総合的に判断する）。

|  |
| --- |
| 国立感染症研究所感染症疫学センター　新型コロナウィルス感染症患者に対する積極的疫学調査実施要領（令和2年5月29日版）より抜粋 |

**※２　政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域等**

出入国管理及び難民認定法に基づき上陸拒否を行う対象地域（6月29日外務省公表 (７月８日現在有効)　全体で１２９か国・地域）　詳細については外務省海外安全ホームページをご確認ください。

|  |  |
| --- | --- |
| （アジア） | インド、インドネシア、韓国、シンガポール、タイ、台湾、中国 (香港及びマカオを含む)、パキスタン、バングラデシュ、フィリピン、ブルネイ、ベトナム、マレーシア、モルディブ |
| （大洋州） | オーストラリア、ニュージーランド |
| （北米） | カナダ、米国 |
| （中南米） | アルゼンチン、アンティグア・バーブーダ、ウルグアイ、エクアドル、エルサルバドル、ガイアナ、キューバ、グアテマラ、グレナダ、コスタリカ、コロンビア、ジャマイカ、セントクリストファー・ネービス、セントビンセント及びグレナディーン諸島、ドミニカ国、ドミニカ共和国、チリ、ニカラグア、ハイチ、パナマ、バハマ、バルバドス、ホンジュラス、ブラジル、ペルー、ボリビア、メキシコ |
| （欧州） | アイスランド、アイルランド、アゼルバイジャン、アルバニア、アルメニア、アンドラ、イタリア、ウクライナ、英国、エストニア、オーストリア、オランダ、カザフスタン、北マケドニア、キプロス、ギリシャ、キルギス、クロアチア、コソボ、サンマリノ、ジョージア＊、スイス、スウェーデン、スペイン、スロバキア、スロベニア、セルビア、タジキスタン、チェコ、デンマーク、ドイツ、ノルウェー、バチカン、ハンガリー、フィンランド、フランス、ブルガリア、ベラルーシ、ベルギー、ポーランド、ボスニア・ヘルツェゴビナ、ポルトガル、マルタ、モナコ、モルドバ、モンテネグロ、ラトビア、リトアニア、リヒテンシュタイン、ルクセンブルク、ルーマニア、ロシア |
| （中東） | アフガニスタン、アラブ首長国連邦、イスラエル、イラク、イラン、エジプト、オマーン、カタール、クウェート、サウジアラビア、トルコ、バーレーン、レバノン |
| （アフリカ） | アルジェリア、エスワティニ、カーボベルデ、ガーナ、ガボン、カメルーン、ギニア、ギニアビサウ、コートジボワール、コンゴ民主共和国、サントメ・プリンシペ、ジブチ、赤道ギニア、セネガル、中央アフリカ、南アフリカ、モーリシャス、モーリタニア、モロッコ |

記載要領・注意事項

|  |  |
| --- | --- |
| 利用年月日 | 実際に本学の施設を利用する日にちを記載してください。  複数日にわたる場合も、個々の日にち毎にその都度記載提出をお願いします。 |
| 利用施設 | 利用する(立ち入る)施設が複数ある場合はその全ての□にチェックを入れてください。  また、②③④についてはその室番号を記載してください。  予め施設区分が記載されていない場合は⑥その他にチェックし、その具体名を記載してください。 |
| 利用目的 | 利用目的の該当欄□全てにチェックを入れてください。予め記載されている項目に該当するものがない場合は、⑧その他にチェックし、その具体的な目的を( )内に記載してください。 |
| 利用時間 | 入館時間及び退館時間を記載してください。  一時退館し再度入館したなどの場合は、その中抜け時間を一時退館欄に記載してください。 |
| 利用者 | （氏名）入館利用者本人の氏名を記載してください。  　　　　　　名刺を添付する場合は以下の２項目は記載不要です。 |
| （住所）県内又は県外であるかにチェックし、県外の場合はその都道府県名を記載してください。 |
| （連絡先）連絡先電話番号を記載してください。 |
| 体調 | 体温については、入館直前に測定した体温と、ご自身の平熱を記載してください。  入館前の体温については予め測った温度を記載するか、本学の受け付けで器機（非接触型）による測定を行うことも可能です。 |
| イ以降の項目については、該当の有無について、いずれかに〇印をしてください。 |
|  |
|  |

情報開示について

　施設利用者の中に感染者がいたことが判明した場合、その感染者と接触したおそれのある利用者全員に対する連絡・調査が行えるよう氏名と連絡先は確実に記載してください。

　また、その場合保健所など公的機関に情報開示がなされることがありますのであらかじめご了承ください。