

# 新潟県聴覚障害者情報センター 利用確認票(個人・団体共通)

ご利用の前に、チェック項目をご確認ください。

介助者同伴・団体等、複数名で利用される場合は、全員でチェック項目を確認のうえ、裏面『当日利用者名簿』に全員の氏名・電話番号をご記入ください。

1、本日の体温 37.5℃ ( 以上 以下 )

2、利用前2週間における以下の事項についてお答えください

①	発熱や風邪の症状、嗅覚や味覚の異常があった	はい	いいえ
②	新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触があった	はい	いいえ
③	同居家族や身近な知人に感染が疑われている方がいた	はい	いいえ
④	過去、14日以内に政府から入国制限等がされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触があった	はい	いいえ
④	一週間以内に他都道府県への往来がある。 ※往来があった場合、原則ご利用をお断りしていますのでご了承ください。	はい	いいえ

1つでも「はい」がある方は、本日はセンターをご利用いただけません

利用日時	令和2年 月 日( ) : 月 ~ :
氏名または代表者名	
電話番号	
住所(2回目以降省略可)	

※当施設を1ヶ月以内に複数回利用される場合は、住所の記載を省略していただいて構いません。

## 本日のご利用の目的

- 施設(相談室、研修室)の利用  字幕付き映像ライブラリー、図書の貸出  相談
- 字幕付き映像ライブラリー、図書の閲覧  情報伝達機器の貸出
- その他( )

感染防止のために、施設が決定した事項に関して遵守、指示に従ってください。

記入いただいた個人情報、新型コロナウイルス感染症拡大防止のために利用させていただきます。

その他の目的で利用することは一切ありません。

担当職員

(裏面)

とうじつ りようしゃ めいぼ

## 当日利用者名簿

No.	氏名	連絡先
1		
2		
3		
4		
5		