

利用者名簿

令和2年 月 日

学 校 名

代表者氏名

電話番号

※旅行代理店を通してご利用される場合は、下記にご記入をお願いします。

(旅行代理店) 住 所:

会 社 名:

代表者名:

電話番号:

No	利用者氏名	連絡先 (電話番号)	入館時間	退館時間	該当する症状を○で囲んでください		
					発熱	咳	体調
1			:	:	有・無	有・無	良・悪
2			:	:	有・無	有・無	良・悪
3			:	:	有・無	有・無	良・悪
4			:	:	有・無	有・無	良・悪
5			:	:	有・無	有・無	良・悪
6			:	:	有・無	有・無	良・悪
7			:	:	有・無	有・無	良・悪
8			:	:	有・無	有・無	良・悪
9			:	:	有・無	有・無	良・悪
10			:	:	有・無	有・無	良・悪

※施設から感染者が発生した場合の感染拡大防止策として本名簿にご記入いただいています。個人情報をおの目的に使用することはありません。

