

年 月 日

特定非営利活動法人
岐阜県レクリエーション協会
会長 渡邊 丈展 様

住 所 〒 -

施設・団体名

代表者職・氏名

電 話 番 号 () -

レクリエーション指導者派遣申請書

記

| | | |
|---|----------|-------------------------------------|
| 1 | 事業名 | |
| 2 | 主催団体 | |
| 3 | 派遣希望日時 | 年 月 日 () 午 時 分 ~ 午 時 分 |
| 4 | 会場 | 名称 〒 - 電話番号 () - |
| | | |
| 5 | テーマ・指導内容 | |
| 6 | 希望指導者 | |
| 7 | 対象者・人数 | |
| 8 | 事務担当者 | 氏名 〒 - 電話番号 () - 携帯番号 - - |
| | | |

※ 申請書の記載事項に変更があった場合は、直ちにご連絡ください。

※ 記入できない部分は空欄で構いません。

レクリエーション指導者派遣業務 感染拡大防止チェックシート

7月10日

- 申請書と併せて、本チェックシートをご提出ください。
- 各項目の感染拡大防止が徹底出来ているかどうか確認のうえ、開催してください。

| No. | 項目 | チェック |
|--------------------|---|--------------------------|
| ◎開催前に行なうこと | | |
| 1 | 参加者の氏名、年齢、住所、電話番号の把握をする。 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 参加者に感染拡大防止（マスク着用、手指消毒、人との距離をとる等）の周知をする。 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 体調の悪い方は参加を控えてもらうことを周知。 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 参加者人数は、会場に対して適正な人数か。 【判断基準】※7/10現在 屋内：1回あたり5,000人以下かつ収容定員の半分以下であるか。 屋外：1回あたり5,000人以下かつ人の距離を2m程度確保できるか。 ※今後、国が示す「イベント開催制限の段階的緩和の目安」に沿って、順次緩和される予定。 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 開催時間の縮小はされているか。 | <input type="checkbox"/> |
| ◎会場の環境 | | |
| 1 | 入口や会場内に手指消毒アルコールを設置する。 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 不特定多数が触れる場所や用具の消毒を行う。（例：ドアノブ、スイッチ、机、椅子、レク用具等） | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 実施する会場レイアウトの感染防止対策に○を付けること。 ・待機場所や控室の十分な導線や空間の確保 ・出入口を原則一方通行とする ・椅子を使い場合は持ち運びは間隔を空けて設置し固定席は前後左右を空ける ・その他「 」 | <input type="checkbox"/> |
| 4 | 実施する換気の方法に○を付けること。 ・2方向の窓開け ・扇風機の外部へ向けての使用 ・換気扇の常時稼働 ・その他「 」 | <input type="checkbox"/> |
| 5 | 指導者用のマイクを用意する。 | <input type="checkbox"/> |
| ◎受付時 | | |
| 1 | 体調の悪い方には、参加を認めない。 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 「岐阜県感染警戒QRシステム」を利用する。 ※QRコードは県レクから提供します。 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 密集に対する感染防止策に○を付けること。 ・受付スタッフと参加者の距離を最低1m離す ・列の間隔を確保（最低1m）する床サインの実施 ・電子的な受付の導入等 ・アクリル板やビニールカーテン等で遮断 ・受付は代表者1人とする ・その他「 」 | <input type="checkbox"/> |
| ◎感染者が発生した場合 | | |
| 1 | 保健所の指示のもと、参加者に対して連絡をとり、症状の確認をするなど調査に協力する。 | <input type="checkbox"/> |

| No. | 項目 | チェック |
|--------------------|---|--------------------------|
| ◎指導者 ※指導者のみ | | |
| 1 | 以下の項目に当てはまるものが1つでもある場合は、指導に行かない。 ①平熱を超える発熱 ②咳、のどの痛みなど風邪の症状 ③だるさ、息苦しさ ④嗅覚や味覚の異常 ⑤体が重く感じる、疲れやすい等の倦怠感 ⑥同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 | <input type="checkbox"/> |
| 2 | 指導内容の工夫がされているか。（例：身体接触するようなレクは控える等） 【 】 | <input type="checkbox"/> |
| 3 | 参加者に応じた工夫がされているか（例：透明マスクを活用する等） 【 】 | <input type="checkbox"/> |