

野辺地町商工会安全・安心認証制度

感染症拡大防止チェックシート

感染症拡大防止対策に係る基準（その他業種）

記入方法

・対策内容を実施してある場合は事業所チェック欄に☑を記入下さい

※すべて実施されていることが認証の条件となります

1. 入店・支払い

NO	事業所 チェック欄	対策内容
1	<input type="checkbox"/>	施設・店舗入口に消毒設備を設置し、入場時等に、手指消毒を実施するよう表示しているか
2	<input type="checkbox"/>	順番待ち等により列が発生する場合は、マスク着用のうえ最低1mの来店者同士の対人距離を確保するための誘導などを行っているか
3	<input type="checkbox"/>	レジ等での対面接客時に、アクリル板、透明ビニールカーテン、パーティションなどで遮蔽するほか、コイントレイを介した受け渡し、またはキャッシュレス決済を導入しているか

2. 来店者の感染症予防

NO	事業所 チェック欄	対策内容
4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 対象外	店内に音楽を流している場合は音量を低減させ、大声での会話を避けるように注意喚起を行っているか
5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 対象外	トイレの入り口付近（店舗側）に消毒液を設置しているか
6	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 対象外	トイレ使用後は、手洗いや手指消毒を実施するよう表示しているか
7	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 対象外	喫煙スペースがある場合は、人数制限により一度に利用する人数を減らす要請について表示しているか ※複数室ある場合喫煙スペースごとに制限 利用人数上限：_____人

3. 従業員の感染症予防

NO	事業所 チェック欄	対策内容
8	<input type="checkbox"/>	マスク着用を遵守し、大声での会話を避けているか
9	<input type="checkbox"/>	業務開始前に管理表等で検温・体調確認を行い、発熱（例えば平熱より1度以上）や軽度であっても風邪症状（せきやのどの痛みなど）、嘔吐・下痢等の症状がある場合には出勤を停止させることとしているか
10	<input type="checkbox"/>	感染した、もしくは感染疑いのある従業員、濃厚接触者として判断された従業員の就業は禁止することとしているか
11	<input type="checkbox"/>	定期的に、かつ、就業開始時や他者の接触が多い場所・物品に触れた後、清掃後、トイレ使用後に、手指消毒や手洗いを実施しているか
12	<input type="checkbox"/>	顧客の正面に立たないように注意し、対人距離を確保しているか
13	<input type="checkbox"/>	休憩スペースでは、マスクを着用し、一度に休憩する人数を減らし、対面での食事や会話を避けているか
14	<input type="checkbox"/>	休憩スペースでは常時換気を行い、共用する物品は定期的に消毒しているか
15	<input type="checkbox"/>	従業員のユニフォームは当該日業務終了後など定期的に洗濯しているか

4. 施設・設備の衛生管理徹底

NO	事業所 チェック欄	対策内容
16	<input type="checkbox"/>	換気設備により必要な換気（1時間に2回以上）をすると共に、換気設備の清掃、整備等の維持管理を適切に行っているか、あるいは窓の開放による換気を行うため、1時間に2回以上、5分程度2方向の窓を全開（窓が一つしかない場合は、ドアを開ける）するなどして十分な換気を行っているか、また、換気のため窓やドアを開放している旨利用者に周知し、協力を要請する旨表示しているか

17	<input type="checkbox"/>	共通のタオルを禁止し、ペーパータオルを設置するか、または個人のタオル等の使用を促しているか
18	<input type="checkbox"/>	他人と共用する物品や複数の人の手が触れる場所を消毒液を用いて利用者の入替時など定期的に清拭消毒しているか

5. 感染者発生に備えた対処

NO	事業所 チェック欄	対策内容
19	<input type="checkbox"/>	施設・店舗の従業員の感染が判明した場合、保健所の求めに応じて情報を提供することとしているか
20	<input type="checkbox"/>	保健所が行う調査の結果、感染者が当該施設・店舗を利用していたことが判明した場合、保健所の求めに応じて情報を提供することとしているか

現地調査日 2021年 月 日

店舗名

事業主署名

認証

スタッフ名

認証

スタッフ名

※この認証は感染しないことを保証するものではありません。