（様式第４号）

**ふるまい従事者名簿**　　　　　　日本のひなた宮崎国スポ・障スポ日南市実行委員会

ふるまい実施日に受付担当者にご提出ください。　　　　　　　　　実施日（　　　月　　　日）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 代表者 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 氏　　名 | 検便（検査日） | 当日の体調発熱・嘔吐・下痢等 | 手指の傷化膿創 | 家族感染症症状の有無 | 対応措置 |
| １ | （現場責任者） | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ２ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ３ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ４ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ５ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ６ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ７ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ８ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| ９ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |
| １０ |  | □済（　/　）□未実施 | 良好・不良 | 有・無 | 有・無 |  |

* 従事者の検便については、ふるまい実施日の１か月前までに済ませてください。