

感染症対策チェックシート

様式3

申請者氏名	
店舗名	
実施開始日	令和 年 月 日から

静岡県新型コロナウイルス感染拡大防止協力金（休業・営業時間短縮要請）を申請するにあたり、期間中以下のとおり感染対策を実施しました。

項目		実施済
I. 従業員・お客様に対して		
①	店舗に消毒用アルコールを常備し、必ず手の消毒を行ってもらいます。	<input type="checkbox"/>
②	お客様及び従業員が触れる場所・物について、定期的な掃除と消毒を徹底します。	<input type="checkbox"/>
③	密閉空間を避けるために、店舗形態に応じた適切な換気をします。	<input type="checkbox"/>
④	会計の際は現金の受け渡しにトレイを使用するなど、お客様と従業員の接触を少なくする工夫をします。	<input type="checkbox"/>
⑤	長時間の飲食にならないようお客様に呼びかけています。	<input type="checkbox"/>
II. 従業員に対して		
①	従業員はマスク着用を義務化します。	<input type="checkbox"/>
②	従業員の検温、体調管理を行い、発熱他風邪の症状があるなど体調が不良な従業員の出勤を停止します。	<input type="checkbox"/>
III. お客様に対して		
①	対面防止やパーティションの設置、座席間隔を十分に確保するなど密集を作らない対策をしています。	<input type="checkbox"/>
②	張り紙や、従業員による呼びかけなどにより、食事中以外のマスクの着用についてお願いをします。	<input type="checkbox"/>

※休業・営業時間を短縮する対象施設が2か所以上ある場合は、店舗ごと提出をしてください。