

宿泊者連絡先名簿

宿泊日： 月 日

代表者お名前：
〒
代表者ご住所：
代表者お電話：

ご同行者全員分のお名前、お電話番号をご記入ください。
欄が不足の場合、欄外、裏面にご記入ください。

お名前	お電話番号	お名前	お電話番号

※この情報は、感染症拡大を防止するため、保健所等の機関に提供する場合がございます。
上記以外の目的以外には使用せず、一定期間経過後、責任を持って処分いたします。

【新型コロナウイルス感染症に関する確認事項】

以下にご記入ください。一人でも「ある」に該当する場合は、受付時にお申し出ください。

- 発熱・咳・咽頭痛など風邪に似た症状が (ある ・ ない)
- 味覚・嗅覚に異常が (ある ・ ない)
- 2週間以内に海外への渡航歴が (ある ・ ない)
- 2週間以内に 37.5℃以上発熱したことが (ある ・ ない)
- 2週間以内に新型コロナウイルス感染者、またはその疑いのある人と接触したことが
(ある ・ ない)