様式第１号（第５条関係）

埼玉県新型コロナウイルス感染症対策優良施設認証申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）

埼玉県知事

（申請者）法人の所在地

法人の名称

代表者の職・氏名

　埼玉県新型コロナウイルス感染症対策優良施設の認証を受けたいので、埼玉県新型コロナウイルス感染症対策優良施設認証制度実施要綱第５条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１　認証を受けようとする施設

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施 設 名 |  | 電話番号 |  |
| 施設種別 |  | FAX番号 |  |
| 施設所在地 |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 担当者名 |  |

２　施設における感染防止対策の取組状況

（１）感染防止対策責任者の配置

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職　　名 |  | 氏　　名 |  |

いずれかに☑

（２）基本的な感染防止対策

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | いる | いない | 具体的な取組状況 |
| ①手指消毒を適切に行っている。 | □ | □ |  |
| ②マスクを適切に着用している。 | □ | □ |  |
| ③ガウン、手袋、ゴーグルを適切に使用している。 | □ | □ |  |
| ④換気を定期的に行っている。 | □ | □ |  |
| ⑤清掃など環境整備を適切に行っている。 | □ | □ |  |
| ⑥職員の健康管理を毎日行っている。 | □ | □ |  |
| ⑦入所者の健康管理を毎日行っている。 | □ | □ |  |
| ⑧食堂や控室などでの三密を防止している。 | □ | □ |  |
| ⑨衛生物資の必要量を把握している。 | □ | □ |  |
| ⑩一定量の衛生物資を備蓄している。 | □ | □ |  |

（３）感染発生時のシミュレーション

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | いる | いない | 具体的な取組状況 |
| ①感染者の生活空間の区分けを検討している。 | □ | □ |  |
| ②職員の人員体制の検討を行っている。 | □ | □ |  |
| ③関係機関の連絡先を確認している。 | □ | □ |  |
| ④職員間で感染発生時の対応方針を共有している。 | □ | □ |  |

（４）検査の受検

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | いる | いない | 具体的な取組状況 |
| ①県などが実施する検査を定期的に受けている。 | □ | □ |  |

　事業所PR（感染防止対策として、事業所の特色やPR、メッセージ等をご自由にお書きください。）

|  |
| --- |
|  |