**星1つ**

# 佐渡クリーン認証 申告シート

**※事業所内で実際に取り組んでいる項目にチェックしてください。**

**すべての取り組みにチェックがついてから、シートを提出してください。**

## 衛生管理の体制

[ ]  衛生管理の責任者を設け、実行をチェック・記録していますか？

[ ]  従業員に対して、発熱や体調不良がないか、確認する体制がありますか？

[ ]  従業員に感染症の濃厚接触者が出た場合、2週間の健康観察期間を設ける体制づくりをしていますか？

## 清掃の方法

[ ]  施設内を毎日清掃し、定期的に換気していますか？

[ ]  人がよく触る場所（ドアノブ、手すり、スイッチ、テーブルなど）に対して、特に重点的に清掃と消毒を実施していますか？（最低でも１日２回以上）

[ ]  アルコールか、薄めた塩素系漂白剤を用いて、拭き掃除をしていますか？

[ ]  食事を提供している場合、調理設備と食事の提供場所は十分に清掃・消毒をしていますか？

(食事の提供がない場合は取り消し線で消してください。)

## トイレの清掃方法

(トイレがない場合は取り消し線で消してください。)

[ ]  トイレ設備は十分に機能していますか？（水道が故障などしていませんか？）

[ ]  せっけんとトイレットペーパーを切らさないようにしていますか？（チェック体制がありますか？）

[ ]  トイレは清掃・消毒を一日に複数回実施していますか？

## 共用部分の衛生管理

[ ]  お客様に対して手洗いの実施やマスクの着用を促す掲示等を行っていますか？

[ ]  アルコール消毒液を設置していますか？

[ ]  ゴミは定期的に回収していますか？

[ ]  ゴミを処理するときにはマスクと手袋を着用し、袋に密閉してから捨てていますか？

[ ]  ゴミを処理した後は、手を洗っていますか?

日付　　　　　　　年　　　　月　　　　日

事業所名

代表者名

連絡先を記載してください。認証ステッカーや、研修会のお知らせ等をお送りします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 郵便番号 | 〒　　 　－ | 電話 | 　　　　　－　　　　－ |
| 住所 |  | FAX | 　　　　　－　　　　－ |
| 担当者名 |  | メール |  |

2020.06.02 ver.3