地域リハビリテーション活動支援事業専門職派遣事業　備品等確認事項

団体名：　　会場名：

依頼日時：　　団体担当者：

□会場　　・たたみ　　・フローリング

□机／椅子　　・事務机／パイプ椅子等　　・座卓／座卓用椅子・座布団

□広さ　　□一人一人の間隔　２ｍ程度の確保可能か

□調理施設　　無　　有

□プロジェクター　無　　有　（担当者使用可　　不可　）

□スクリーン　　無　　有

□マイク　　無　　有

□コンセント　　無　　有　（会場内に複数あり　　1カ所のみ）

□ホワイトボード　無　　有

□駐車場　　無　　有

□参加者の年齢層（　　）

□当日一番聞きたいこと（依頼テーマ複数ある場合や，体を動かしたいなど）

（　　）

＜新型コロナウイルス感染拡大防止対策＞

□　実施会場で手指アルコール消毒等の設置

□　実施会場の換気
- □　窓をあけての換気が可能
- □　換気扇，空気清浄機等の使用
- □　換気困難

□　参加者の周知は可能か
- □　体調不良の際の参加中止
- □　体温測定等体調管理の徹底
- □　マスク着用の徹底