

(様式第 4 号)

令和 7 年 月 日

ふるまい従事者名簿

団 体 名 _____

代表者名 _____

実 施 日 _____ 月 _____ 日 _____

ふるまい実施当日に担当者にご提出ください。

※従事者の検便については、ふるまい実施日の 1 か月前を目途に行ってください。

番号	氏名	検便（検査日）	当日の体調 発熱・嘔吐・下痢等	手指の 傷化膿創	家族感染症症 状の有無
1		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
2		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
3		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
4		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
5		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
6		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
7		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
8		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
9		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無
10		☐ 済（ / ） ☐ 未実施	良好・不良	有・無	有・無