

(様式第4号-1)

宿泊施設様へ チェックアウト後、速やかにフジトラベルサービス宛に FAX お願いします。

商品戦略課 FAX 番号 089-926-2568

健康確認シート

宿泊者本人が、内容を確認し□欄に☑を入れ、氏名と住所を記入してください。

私は、チェックイン時において、次のとおり申し出ます。

- 新型コロナウイルスの陽性者や濃厚接触者ではありません。
- 過去 10 日以内に感染リスクの高い行動(大人数での会食に参加するなど)はとっていません。
- 発熱、咳、のどの痛みなどの風邪様の症状はありません。
- 宿泊期間中に上記のような症状が出た場合は、直ちに医療機関を受診の上、結果を宿泊施設に申し出ます。
- 今回の事業が感染拡大防止を目的としていることを理解し、適切に利用しています。
- 回答した内容により、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

| | | | |
|------------|--|----|-------------------------|
| 宿泊者 氏 名 | | 住所 | 市 町 (市町名のみで可) |
|------------|--|----|-------------------------|

----- (以下、宿泊施設が記入) -----

宿泊証明書

| | | | |
|---------|---|---------------|---------------|
| 宿 泊 期 間 | 令和___年___月___日から___泊 | いずれかを囲む | |
| | | 5,000 円 割引 | 2,500 円 割引 |
| 確 認 | <input type="checkbox"/> 上記の者の住所及び健康確認シートを確認しました。 | | |

上記内容に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

所 在 地 :

宿泊施設名称 :

記 入 者 :

(電 話 :

印

)

※宿泊者1名ごとに作成してください

※愛媛県内に住所を有する方が対象です。身分証などにより、宿泊者の住所を確認してください。

※提出先：本商品を販売した旅行会社

| | |
|---------|---|
| 旅行会社の名称 | 名称 株式会社フジ・トラベル・サービス REF _____ 取扱店名及び連絡先 |
|---------|---|