

年

# クリーニング取次店 自主管理点検表

施設名：

| 点 検 項 目   |  | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 |
|---|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|
| 施<br>設<br>一<br>般  | 1. 施設は、クリーニング以外の用途に使用していませんか。                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 2. 施設内は毎日清掃し、清潔で整理整頓していますか。                    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 3. 照明器具、換気設備は定期的に清掃していますか。                     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 4. 明るさは十分ですか。（作業面は300ルクス以上が望ましい。）              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 5. 換気は十分ですか。                                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 6. 受け渡し台、洗濯物の収納容器等は毎日清掃又は洗浄していますか。             |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 7. 未洗濯物と仕上げの終わった洗濯物は、区分して運搬・保管していますか。          |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 8. 仕上げの終わった洗濯物は、ほこり等で汚染されないように保管していますか。        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 9. ねずみ、昆虫はいませんか。                               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 10. 手洗い設備には石けん等を常備していますか。                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 従<br>業<br>者   | 11. 従業者は、定期的に健康診断を受けていますか。                     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 12. 伝染のおそれのある疾病にかかっている者、又は疑いのある者が業務に従事していませんか。 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 13. 従業者は手指を清潔にし、清潔な衣服を着用していますか。                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
| そ<br>の<br>他   | 14. 保健所への届出内容に変更を生じた場合は、変更等の届出を行っていますか。        |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 15. 業務従事者の講習は計画的に受講していますか。                     |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   |  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
| 【実施方法】<br>1. 毎月1回、日又は曜日を決めて点検してください。<br>2. 適は「○」、不適は「×」を記入し、該当しない項目は記入しなくてかまいません。<br>3. 点検表は見やすい場所に掲示してください。<br>4. 保健所職員による監視の際に、自主点検の実施状況について確認しますので提示できるようにしてください。<br>5. 必要に応じてコピーして使用してください。 | 不適項目数合計  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 点 検 月 日  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 記 入 者 氏 名                                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |
|   | 営業者確認印   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |     |     |