

國立中興大學學生社團活動防疫計劃書

學務處課外組 111.03.01

因應嚴重傳染病肺炎（COVID-19）之疫情，訂立指標作為學生社團活動辦理之依據，以落實校園防疫及維護學生社團活動安全。

一、活動風險

參考中央流行疫情指揮中心所發布之防疫規定。

二、活動辦理參考指標

- （一）參加者資訊，完整參加人員名冊及確實聯絡資料。
- （二）活動空間需開啟所有門窗以保持空氣流通，並進行手部清潔、自主健康管理與空間防疫管理。
- （三）活動參加者之間的距離，至少大於 1.5 公尺以上並落實全程配戴口罩。

三、社團指導老師疫調/外部參與人員疫調

- （一）近期內有無出國紀錄或有無接觸近期內回國的親友。
- （二）有無新型冠狀病毒 COVID-19 確診的親友。
- （三）因應全校疫情發展，隨時得終止所有社團已申請及已核准之活動。

四、校外人士需檢附以下證明（擇一）送交課外活動組備查(活動開始前 3 日需繳交)：

- （一）接種疫苗達 14 天以上之證明（黃卡）。
- （二）7 天內快篩或 PCR 陰性結果證明（原則每 7 天篩檢，應變處置時得縮短為每 3 天篩檢）。
- （三）如使用家用快篩試劑自行篩檢，請於試劑空白處寫下檢驗日期及姓名。

五、本辦理指標以本組所轄場地為主。

☐ 本社已詳閱並了解上述規範，經風險評估後，本社將徹底落實防疫措施，如有造假或無遵守相關規定，願自負相關法律及行政責任。

社長簽章：

社章：

**國立中興大學學務處課外組學生社團活動
因應【新型冠狀病毒 COVID-19】風險評估表**

111.03.01

學會/社團名稱：_____ 活動名稱：_____

活動時間：_____ 活動地點：_____

預計活動人數(請勿超過容留人數)：_____ 行政指導老師：_____

填表人簽章：_____ 填表時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

一、申辦活動前請先確認是否符合下列所有條件，若有一項不符將取消活動辦理：

必要條件	是否符合	
符合各場地人數上限，保持室內 1.5 公尺、室外 1 公尺社交距離。	是 ☐	否 ☐
確實掌握活動參與者相關資訊(學號、系級年級、聯絡電話)。	是 ☐	否 ☐
活動入口處(或主辦單位)須備妥乾洗手液或提供手部消毒措施。	是 ☐	否 ☐
現場須保持良好通風(保持門窗開啟)。	是 ☐	否 ☐
活動前測量所有參加者體溫。	是 ☐	否 ☐
無固定座位者或開放空間，規劃出入口動線，並於入口處設置管制處。	是 ☐	否 ☐
活動中不用餐，用餐時確保通風，禁止共食；餐點不可提供自助餐，須為一人一份餐點，並於用餐完畢後應立即佩戴口罩。	是 ☐	否 ☐
如有住宿需求請依各場域住宿防疫規範辦理，人員進入前測量體溫，並備有手部消毒設施，住宿期間除睡眠及洗浴外，應全程配戴口罩。(若無住宿本欄免勾選)	是 ☐	否 ☐

二、請就以下指標自評活動風險勾選，低風險指標數達 2 項(含)以上，活動可辦理，但須落實防疫措施。未達前述可辦理之標準或有1項以上高風險，活動請考慮重新擬定或改線上方式辦理。

風險指標	高風險	低風險	風險自評	
			高	低
1. 參加者學號、系級、聯絡電話	無法掌握	能完全掌握		
2. 參加者旅遊史確診病例接觸史	無法掌握	能完全掌握		
3. 活動空間之換氣情況 每扇門至少開啟15公分	室內空間， 且無法通風換氣	戶外空間；室內 空間可通風換氣		
4. 每階段活動開始至結束持續時間 ※每階段活動不含場佈及場復，各階段至少間隔1 小時。	3 小時(含)以上	1 小時(含)以下		
勾選數合計				

- 本風險評估表請與活動申請表、活動企劃書、參加者名冊(校內僅需要學號；校外人士請提供姓名，校外人士請自行保留聯絡電話)一併提送。
- 活動參加者之間的距離，至少大於 1.5 公尺以上，並請落實全程配戴口罩。
- 活動應確實做好防疫措施。本組所轄場地使用完畢後，使用單位應進行消毒(消毒用漂白水、水桶及抹布等消毒用品，請於借用場地時領取)。
- 本校保留隨時終止活動之一切權力，風險評估表將作為各活動辦理時不定時抽查之依據。

活動負責人簽章：_____ 行政指導老師簽章：_____

參加者名冊

編號	學號	編號	學號
1		25	
2		26	
3		27	
4		28	
5		29	
6		30	
7		31	
8		32	
9		33	
10		34	
11		35	
12		36	
13		37	
14		38	
15		39	
16		40	
17		41	
18		42	
19		43	
20		44	
21		45	
22		46	
23		47	
24		若請超過請 自行增加欄位	

國立中興大學因應嚴重特殊傳染性肺炎健康聲明書

(校外人士請務必確實填寫)

請學生社團自行留存備查

個資蒐集告知聲明事項 NCHU Health Care Questionnaire and Temperature Monitoring System (Visitors / Temporary Workers) :

- 一、 本校因執行疾病管理局之「自主健康管理」業務，需蒐集您的個人資料包括姓名與聯絡方式。NCHU collects your personal data to meet the "self-health management" request of the Centers for Disease Control, including name and contact information.
- 二、 利用您的個人資料期間為即日起28日止，利用地區為台灣地區。The period of using your personal data is from now until 28 days, and it's only applied in Taiwan.
- 三、 您的個人資料受到本校【隱私權政策聲明】之保護及規範。本校如違反「個人資料保護法」規定或因天災、事變或其他不可抗力所致者，致您的個人資料被竊取、洩漏、竄改、遭其他侵害者，本校將於查明後以電話、信函、電子郵件或網站公告等方法，擇適當方式通知您。Basic Information Security Should your personal information be stolen, disclosed, altered or infringed upon due to the violation of the Personal Data Protection Act by NCHU the occurrence of any natural disasters, incidental changes or other unavoidable circumstances, NCHU shall inspect the cause and inform you by phone, mail, email or website notice.
- 四、 當您勾選「同意」時，即表示您已閱讀、瞭解並同意此聲明項之所有內容。When you check "Agree", indicates that you have read, understood and accepted its contents.

☐同意 agree ☐不同意 disagree

姓名 Name		電話號碼 Cell phone No.	
------------	--	------------------------	--

1. 近一個月出入境台灣史 Any history of entry into and exit from Taiwan in the past month

- ☐ 否 No
☐ 是 Yes

2. 請問您過去14天是否有下列症狀(複選)? Do you have any of the following symptoms in the past 14 days? (Multiple response)

- ☐ 否 No
☐ 是 Yes : ☐發燒(額溫 $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ 或耳溫 $\geq 38^{\circ}\text{C}$)
Fever(forehead temperature $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ or ear temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$)
☐咳嗽 Coughs
☐喉嚨痛 Pharyngitis (Sore throat)
☐呼吸道窘迫症狀 (呼吸急促、呼吸困難) Shortness of Breath
☐流鼻水 Runny nose
☐肌肉痠痛 Myalgia (Muscle pain)
☐關節酸痛 Arthralgia (Joint pain)
☐四肢無力 Asthenia (Weakness; weak extremities)
☐胸痛 Chest Pain
☐味覺失調或消失 Dysgeusia or Ageusia (Taste disorder or loss)
☐嗅覺失調或消失 Dysosmia or Anosmia (Smell disorder or loss)
☐腹瀉 Diarrhea
☐結膜充血 Conjunctival hyperemia (Red eye)
☐眼睛癢 Itchy Eyes

☐ 腳趾有紅點並起水泡 Get red spots or blisters on the toes

3. 最近14天內是否有接觸正在居家隔離、居家檢疫的家人、親友? Have you been in close contact with anyone who was in home isolation or home quarantine in the past 14 days?

☐ 否 No

☐ 是 Yes

4. 最近14天內是否有接觸正在自主健康管理期的家人、親友? Have you been in close contact with anyone who was in self-health management in the past 14 days?

☐ 否 No

☐ 是 Yes

5. 您是否曾於前14日內出入中央疫情指揮中心所列本土個案足跡之地點?

Have you been to the places where local cases ever visited specified by the National Health Command Center in the past 14 days?

☐ 否 No

☐ 是 Yes, 到過哪個縣市 Which counties and cities have been to:

☐ 基隆市 Keelung City ☐ 台北市 Taipei City ☐ 新北市 New Taipei City ☐ 桃園市 Taoyuan City ☐ 新竹市 Hsinchu City ☐ 新竹縣 Hsinchu County ☐ 苗栗市 Miaoli City ☐ 苗栗縣 Miaoli City ☐ 台中市 Taichung City ☐ 彰化市 Changhua City ☐ 彰化縣 Changhua County ☐ 南投市 Nantou City ☐ 南投縣 Nantou County ☐ 雲林縣 Yunlin County ☐ 嘉義市 Chiayi City ☐ 嘉義縣 Chiayi County ☐ 台南市 Tainan City ☐ 高雄市 Kaohsiung City ☐ 屏東縣 Pingtung County ☐ 屏東市 Pingtung City ☐ 台東市 Taitung City ☐ 台東縣 Taitung County ☐ 花蓮市 Hualien City ☐ 花蓮縣 Hualien County ☐ 宜蘭市 Yilan City ☐ 宜蘭縣 Yilan County ☐ 澎湖縣 Penghu County ☐ 金門縣 Kinmen County ☐ 連江縣 Lienchiang County ☐ 馬祖 Matsu ☐ 綠島 Green Island ☐ 蘭嶼 Orchid Island

若曾於所列時段出入相關場所, 請自主健康監測, 期限內如出現疑似症狀, 應確實佩戴口罩, 就近至指定社區採檢醫院就醫, 且不得搭乘大眾交通運輸工具。

If you have visited those locations during the specified time period, please conduct self-health monitoring. If you exhibit any symptoms of COVID-19, please wear a medical face mask, seek medical advice and get tested at a nearby designated hospital. Do NOT take public transportation.

6. 您近期(一個月內)是否接受過新冠肺炎篩檢? Have you received a COVID-19 screen test in the past month?

☐ 否 No

☐ 是(請填篩檢日期、篩檢醫療院所與結果) Yes(Please fill in the date when the test was taken, the medical institute, and the results.),

篩檢日期: / / 、篩檢醫療院所: 、篩檢結果: _____

7. 最近14天內, 您是否為衛生主管機關列管之嚴重特殊傳染性肺炎(武漢肺炎)居家隔離、居家檢疫或自我健康管理個案? In the past 14 days, are you now or have you been identified as a case of home isolation, home quarantine or self-health monitoring by Taiwan Health authority?

☐ 否

☐ 是 Yes, 居家檢疫或自我健康管理日期為 the home quarantine or self-health monitoring is started from

年(year)/月(month)/日(day) : / / 至 to 年(year)/月(month)/日(day) : / /

8. 您是否曾施打新冠肺炎疫苗? Have you ever received a COVID-19 vaccine?

☐ 否

☐ 是(請填日期) Yes(Please fill in the vaccination dates.), 年(year)/月(month)/日(day) : / /

✂ 以上個資屬實, 請簽名 Signature