**〈次亜塩素酸水（溶液）の空間噴霧に関するアンケート〉**

■ご使用者様の情報をご記入ください。個人の場合はお名前のみ教えてください。

［御社名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］［お名前：　　　　　　　　　　　　　　　　］

■ご記入内容につきましてどちらかひとつをお選びください。

［公表可/匿名希望］

※より効果的なアンケートを目指すべく、可能な限り「公表可」でご記入いただけますと幸いです。

■主な使用場所（複数回答可）を教えてください。

□学校/保育園/幼稚園　□オフィス　□塾　□介護施設　　□ホテル　□フィットネスクラブ/ジム

□美容院　□一般家庭　□飲食店　□その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

施設名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

※差し支えなければ教えてください。

■ご使用の次亜塩素酸水につきまして、お分かりになる範囲で構いませんので教えてください。

液剤名［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］pH［　　　　　　　　　］濃度［　　　　　　　　］

導入時期（使用期間など）［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

★次亜塩素酸水の噴霧器を導入した目的を教えてください。

□ウイルスや菌による感染症対策　□消臭　□その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

★噴霧器の設置利用における効果の実感について

□効果あり（具体的な様子を下記の欄にご記入ください）　□効果なし　□分からない

※評価の基準がございませんので、主観的な感想で構いません。よろしくお願いいたします。

■次亜塩素酸水の噴霧器を利用してから健康被害の申告はございましたか？

□なし　□あり［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］

最後に

この度はアンケートのご記入にご協力いただきまして誠にありがとうございます。このアンケートによって　次亜塩素酸水が様々な場面で人々の健康や暮らしを支えてきたこと、次亜塩素酸水が必要とされていることを各省庁に伝えて参ります。ぜひ今後も安心してご利用いただけるようお力をお貸しください。

よろしくお願いいたします。

**【ご返送先】 FAX：026-244-3455**　**MAIL：info@seiko-giken.jp　株式会社 星光技研　担当：萩原宛**

ご協力ありがとうございました。

株式会社 星光技研／星光技研販売 株式会社