



## 检验服务部门

### 娱乐营地许可证申请

日期 \_\_\_\_\_ 许可证编号 \_\_\_\_\_

营地名称 \_\_\_\_\_ 电话号码 \_\_\_\_\_

营地应季地址 \_\_\_\_\_

城镇 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

营地所有者 \_\_\_\_\_

社区中心 (D/B/A) \_\_\_\_\_

淡季邮寄地址 \_\_\_\_\_

城镇 \_\_\_\_\_ 邮编 \_\_\_\_\_

冬季电话号码 \_\_\_\_\_

电子邮箱 (将用于发送检验文件) \_\_\_\_\_

营地主管 \_\_\_\_\_ **\*\*\*所有营地运营人员均需提交更新后的政策和程序手册。新的营地主管和指定的营地必须在开展运营前安排卫生处的初步核准审查。所有营地工作人员必须达到最低要求，并提供培训/经历的证明文件以便执行操作。**

**营地类型:** 住宿 (运营时间超过 24 小时) \_\_\_\_\_ 日间 (运营时间少于 24 小时) \_\_\_\_\_

运动 \_\_\_\_\_ 旅行 \_\_\_\_\_

如有**医疗营地**或任何**特殊需求露营车**，请注明特定需求:

您是否预期过夜? 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ 地点 \_\_\_\_\_

露营季节时长: \_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_ 小时数: \_\_\_\_\_ 上午 \_\_\_\_\_ 下午 \_\_\_\_\_

(开始) (结束)

每个季节的露营次数: \_\_\_\_\_ 露营日期: \_\_\_\_\_

每个季节的露营车: \_\_\_\_\_ 每个季节的工作人员数量: \_\_\_\_\_

1010 MASSACHUSETTS AVENUE BOSTON, MA 02118

电子邮箱: [ISDHealth@boston.gov](mailto:ISDHealth@boston.gov) 网站: [Boston.gov/ISD](http://Boston.gov/ISD)

电话 (617) 635-5326 传真 (617) 635-5388



## 检验服务部门

(露营车最大数量)

(监督露营车)

每个季节的志愿者人数: \_\_\_\_\_

建筑物容纳能力: \_\_\_\_\_

检验/建筑部门证书:

证书编号 \_\_\_\_\_ 到期日 \_\_\_\_\_

娱乐营地消防部门检验 完成日期 \_\_\_\_\_ (在线 BFD 检验

信息)

现场有哪些类型的火灾报警器、探测器或消防设备?

营地所有者或主管是否获取并审查每个工作人员和志愿者的 CORI/青少年犯罪报告和 SORI, 并确定其未因背景而被取消资格? 季节性工作人员必须每个季节接受审查。

是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

工作人员/志愿者在完成充分的背景检查并确定未被取消资格之前, 不得在营地进行相关操作。

(\*CORI/青少年犯罪和 SORI 报告、工作经历、参考文件 - 所有工作人员/志愿者必须提供)

营地主管和工作人员在进行营地操作之前, 已达到资格标准、接受必要的培训, 并已查看和理解 105 CMR 430.000 娱乐营地最低标准。

是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ 若待定, 请提供日期 \_\_\_\_\_

### 餐饮服务:

是否处理、供应或制备食品? 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_ 餐饮服务许可证编号: \_\_\_\_\_ (提供副本)

到何种程度?

零食 \_\_\_\_\_ 工作人员烹饪并送餐 \_\_\_\_\_ 提供餐饮 \_\_\_\_\_ 如果是, 由谁提供? \_\_\_\_\_

易腐食品是否可冷藏? 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

### 游泳区域:

您是否拥有或使用娱乐水上设施 (沙滩、泳池、湖泊、池塘、喷泉或水上乐园)? 勾选所有适用项。

淡水 \_\_\_\_\_ 海洋 \_\_\_\_\_ 泳池/水上运动设施 \_\_\_\_\_ 其他 (请说明) \_\_\_\_\_

无 \_\_\_\_\_

如果是, 请指明所有海滨沙滩、水上公园的位置



检验服务部门

如果是，请指明泳池/水上运动设施的位置

负责监督泳池或游泳区域的水上运动主管是谁？

水上运动主管资格：

水上安全讲师或同等资历..... 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

CPR 培训..... 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

急救培训..... 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

其他现场救生员姓名和证书： \_\_\_\_\_

如果游泳场地不在永久营地内，该场地是否经过规管人员

检验，并获得水上运动主管及营地运营方的批准？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

营地是否参与任何船舶/划船活动？ 是 \_\_\_\_\_ 否 \_\_\_\_\_

地点 \_\_\_\_\_

必须在下方给出营地行程，列明专业活动/旅行计划，并提供给家长：

供水：公共 \_\_\_\_\_ 场地外/私人水井位置 \_\_\_\_\_

如为私人水井，取样日期 \_\_\_\_\_ 取样人员 \_\_\_\_\_

结果 \_\_\_\_\_

避难所-日间/住宿营地：达到现行建筑和住房要求 \_\_\_\_\_ 是

厕所/淋浴间： 厕所数量 \_\_\_\_\_ 男用 \_\_\_\_\_ 女用 \_\_\_\_\_

洗手池 \_\_\_\_\_ 男用 \_\_\_\_\_ 女用 \_\_\_\_\_

淋浴 \_\_\_\_\_ 男用 \_\_\_\_\_ 女用 \_\_\_\_\_

污水处理：公共 \_\_\_\_\_ 私人 \_\_\_\_\_ （请指明） \_\_\_\_\_



## 检验服务部门

医疗：谁在营地负责医疗或急救？

各营地所在位置可用的医疗主管姓名：

\_\_\_\_\_

培训工作人员的“随时待命”医生（合格医疗顾问）姓名：

\_\_\_\_\_ 执照编号 \_\_\_\_\_

地址 \_\_\_\_\_

电话号码 \_\_\_\_\_

用于应急服务的医院名称和地址： \_\_\_\_\_

营地是否备有任何运输工具，或与任何运输工具签约？ 是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

您是否核实，司机持有可靠证件并达到必要资格要求？ 是\_\_\_\_ 否\_\_\_\_

安排初步审查，并提供此次预约的必需年度更新的政策和程序之副本。

每年 50 美元的娱乐营地费用（勾选一项） \_\_\_\_\_ 已附上 \_\_\_\_\_ 已支付 \_\_\_\_\_ 不适用

签名： \_\_\_\_\_ （如无所有者/运营方签名则无效）

不完整且未签名的申请不符合发放运营许可证之资格。

日期： \_\_\_\_\_