

栃木県卓球連盟 新型コロナウイルス感染防止ガイドライン

1 競技運営について

1) 入場制限

無観客としますので、入館できるのは役員・選手・監督、帯同者各チーム3名以内、各都県協会（連盟）関係者4名以内とします。

※ 全員にIDカードを発行するので、常時携帯すること。

このカードが無い場合は会場への入場はできない。

2) 組合せ抽選会

8/27に代表者が抽選を行う。

3) 監督会議

会場の密を回避することに努め、短時間で会議が終了出来るように、連絡事項は予めHPに掲載する。

4) 開会式

今後の感染状況により、必要最小限の規模で実施を検討する。

5) 各表彰

試合が終わり次第速やかに通過認定証を配付する。

6) 閉会式

今後の感染状況により、必要最小限の規模で実施を検討する。

2 主催者が配慮する感染防止について

1) 全てのエリア

① 手指消毒剤の設置をする。

② 常時、数カ所の扉を開放し十分な換気を行う。

2) 体育館

① 卓球台は十分な間隔を開けて設置する。

② 卓球台は試合ごとに、ペーパータオルを使って除菌作業を行う。

③ ボールは試合毎に交換する。

④ ベンチの椅子は動かさない。

⑤ 試合後、ベンチ、審判席、カウンター、タオル収納カゴ等の消毒を行う。

3) 練習会場

① 密を避けて練習を行うこととする。

② 練習終了後は、卓球台の除菌作業を行う。

4) 受付

① 大会参加者が距離をおいて並べるように目印を設置する。

② 受付スタッフはマスクを着用する。

③ 会場利用者から健康チェックシートを毎朝提出してもらおうと共に、検温を行う。

なお、個人情報の取り扱いに十分注意する。

5) 手洗い場所・洗面所（トイレ）・更衣室

- ① 手洗い場所にはポンプ式石けんを用意する。
- ② 「手洗いは30秒以上」の張り紙を掲示する。
- ③ 更衣室は使用しないとする。

3 参加者の感染防止について

1) 以下の事項に該当する場合は、自主的に参加を見合わせていただく。

- ① 体調がよくない場合。（例：発熱・咳・咽頭痛などの症状がある場合）
- ② 同居家族や身近な知人に新型コロナウイルス感染が疑われる方がいる場合。
- ③ 過去14日以内に政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある場合。

2) マスクを持参し、卓球を行っていないときは必ずマスクを着用すること。なお、マスクは空気が漏れない、空気は入らない、隙間が無いものにする。

3) こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施すること。

4) 他人との距離をできるだけ2mを目安に（最低1m）確保する。

5) 無観客試合とし、参加申込書、事前申請書に記載のない者は、入場できないこととする。

6) 会場で大きな声で会話、応援等をしないこと。

7) 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、主催社の指示に従うこと。

8) 大会終了後2週間以内に新型コロナウイルス感染症を発症した場合は、主催者に対して速やかに濃厚接触者の有無等について報告すること。

9) 大会前後のミーティングでは、密を避けること。

観客席でも密にならないように間隔を開けて席に座ること。

11) ゴミについては、各チームで持ち帰りを徹底する。

12) 昼食を取る際も周りとの距離を取り、向かい合わず、会話も控えること。

4 会場入場者への留意事項

① 所属都県に認められ、事前登録のあった関係者以外は参加できない。

② 会場に入場するものは、大会2週間前から、参加生徒全員に「健康チェックシート」（様式1）を記入させ、チェックが付かない項目がある場合は、参加を見合わせる。

③ 未成年者の場合は、保護者の同意を必要とする。

④ 大会期間中は、関係者全員の「健康チェックシート」（様式1）を確認した上で、「健康チェック提出用紙」（様式2）を記入し、会場受付に毎日提出する。その際、原則として都県、種別ごとにまとめて入場し一緒に受付すること。

- ⑤ 入場待機しているときにも、人と人の間隔を取らせて、蜜にならないように注意すること。

5 選手の留意事項

- ① ベンチにいるときは常時マスクを着用する。
- ② ベンチから試合中の選手へ大きな声で応援をしないこと。(応援は拍手のみ)
- ③ 試合前のラケット交換は、相手に渡さず、自分で相手に見せること。
- ④ 試合中、大声を出すことは慎むこと。
- ⑤ 卓球台の上で手を拭いたり、シューズの裏で手を拭いたりしないこと。
- ⑥ 握手等の身体を接触させる挨拶は行わないこと。
- ⑦ 試合のないときは、観客等で人との距離を保ち、声を出しての応援はしないこと。
- ⑧ タオルの共有はしない。こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を行うこと。
- ⑨ 飲料は自分専用のものを飲み、回し飲みはしないこと。

6 宿泊について

- 1) 宿泊施設関連の業界団体が定める最新の「宿泊施設における新型コロナウイルスガイドライン」に従うこと。
- 2) 参加選手の宿泊については、配宿センターに申込みをすること。
- 3) 体育館に入場が認められているもので、配宿センターの斡旋する宿舎外に泊まる場合、新型コロナウイルス感染拡大防止対策として、大会参加者の宿泊先、交通手段を大会本部で把握するため、栃木県卓球連盟HPに掲載した宿泊・交通手段調査を入力フォームに登録すること。

7 移動について

- 1) 感染リスクの軽減を考え、蜜を避ける移動計画を立てる。
- 2) マスクを着用するとともに、会話をできる限り慎む。
- 3) こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒を実施する。
- 4) 移動の祭には、事前に食事を準備し、サービスエリアを含めた外食をできるだけ避ける。
- 5) 飛行機、新幹線を含む特急電車等を利用した際には、号車番号、坐席番号を記録する。
- 6) バス輸送に関しては、「貸し切りバスにおける新型コロナウイルス対応ガイドライン」に従うこと。
- 7) 大会開催前後に、開催地及び近隣地区で練習をする場合は、細心の注意を払って行動する。

卓球競技 体調管理チェックシート【競技会以前2週間及び競技会初日】

別紙①

チェックシートは大会開催にあたり新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の皆様の健康状態及び行動歴を確認することを目的としています。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。感染者又は感染の疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で保健所等の関係機関に情報を提供することがありますことを予めご了承ください。

団体名		氏名		連絡先																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	監督会議				
項目	日付	8/13	8/14	8/15	8/16	8/17	8/18	8/19	8/20	8/21	8/22	8/23	8/24	8/25	8/26	8/27				
体温		°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C	°C				
健康状態	のどの痛みがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	咳（せき）が出る	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	痰（たん）がでたり、からんだりする	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	鼻水、鼻づまりがある ※アレルギーを除く	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	頭が痛い	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	だるさ（倦怠感）がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	息苦しさがある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	体が重く感じる、疲れやすい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	味覚異常がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	嗅覚以上がある	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
行動歴	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	政府から入国制限、入国後の観察時期が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
	クラスターが発生している都道府県や当該地域に出張又は休暇等で訪れた <input type="checkbox"/> はいに該当する場合、訪れた都道府県名を記入してください。																			

※1 濃厚接触とは、「新型コロナウイルスに感染していることが確認された方と1m程度以内で15分以上接触があった場合」と定義します。

※2 本票は一定期間保管した後、破棄します。

卓球競技 体調管理チェックシート【2日目以降提出用】

記入日 2021/8/

氏名

住所

電話番号

(※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください)

以下の項目の御記入をお願いします。

体調及び状況について御記入ください。

体 調 確 認	体温	°C
	のどの痛みがある	有 ・ 無
	咳（せき）が出る	有 ・ 無
	痰（たん）が出たり、からんだりする	有 ・ 無
	鼻水、鼻づまりがある（アレルギーを除く）	有 ・ 無
	頭が痛い	有 ・ 無
	だるさ（倦怠感）がある	有 ・ 無
	息苦しさがある	有 ・ 無
	体が重く感じる、疲れやすい	有 ・ 無
	味覚異常がある	有 ・ 無
	嗅覚異常がある	有 ・ 無

【その他で気になる症状等について】

参加者体調確認書

本参加確認書は、第76回国民体育大会関東ブロック大会に参加する各都県代表メンバーの健康状態を確認することを目的としています。

本シートに記入いただいた個人情報については、栃木県実行委員会において厳重に管理・保管し、関係者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な御連絡のみに使用します。

また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き御本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし、大会会場において感染者又はその疑いのある方が発生した場合には、保健所等に提供する場合があります。

＜基本情報＞		都県名		競技名	
種別 (種目)	()				
フリガナ			代表者 電話番号		
代表者 氏名			代表者E-mail		
代表者 住所					
スタッフ数	名		選手数	名	

本日、競技会場入りする本県選手・監督・チームスタッフなど全参加者の、競技会初日（本日）以前2週間の健康観察の結果、全参加者の健康状態は良好であるため、本日の大会に参加いたします。

＜全参加者の競技会初日（本日）以前2週間の健康状態＞

項目	チェック欄
① 37.5℃以上の発熱があった者がいない	
② 健康チェックシートの「のどの痛みがある」項目の該当者がいない	
③ 健康チェックシートの「咳（せき）が出る」項目の該当者がいない	
④ 健康チェックシートの「痰（たん）が出たり、からんだりする」項目の該当者がいない	
⑤ 健康チェックシートの「鼻水、鼻づまりがある」項目の該当者がいない	
⑥ 健康チェックシートの「頭が痛い」項目の該当者がいない	
⑦ 健康チェックシートの「だるさ（倦怠感）がある」項目の該当者がいない	
⑧ 健康チェックシートの「息苦しさがある」項目の該当者がいない	
⑨ 健康チェックシートの「体が重く感じる、疲れやすい」項目の該当者がいない	
⑩ 健康チェックシートの「味覚異常がある」項目の該当者がいない	
⑪ 健康チェックシートの「嗅覚異常がある」項目の該当者がいない	

競技会実施日 西暦 2021 年 8 月 28 日

参加者体調確認書

本参加確認書は、第76回国民体育大会関東ブロック大会に参加する各都県代表メンバーの健康状態を確認することを目的としています。

本シートに記入いただいた個人情報については、栃木県実行委員会において厳重に管理・保管し、関係者の健康状態の把握、来場可否の判断及び必要な御連絡のみに使用します。

また、個人情報保護法等の法令において認められる場合を除き御本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし、大会会場において感染者又はその疑いのある方が発生した場合には、保健所等に提供する場合があります。

＜基本情報＞		都県名		競技名	
種別 (種目)	()			代表者 電話番号	
フリガナ				代表者E-mail	
代表者 氏名					
代表者 住所					
スタッフ数	名		選手数	名	

本日、競技会場入りする本県選手・監督・チームスタッフなど全参加者の健康観察の結果、全参加者の健康状態は良好であるため、本日の大会に参加いたします。

＜全参加者の本日の健康状態＞

項目	チェック欄
① 37.5℃以上の発熱があった者がいない	
② 健康チェックシートの「のどの痛みがある」項目の該当者がいない	
③ 健康チェックシートの「咳（せき）が出る」項目の該当者がいない	
④ 健康チェックシートの「痰（たん）が出たり、からんだりする」項目の該当者がいない	
⑤ 健康チェックシートの「鼻水、鼻づまりがある」項目の該当者がいない	
⑥ 健康チェックシートの「頭が痛い」項目の該当者がいない	
⑦ 健康チェックシートの「だるさ（倦怠感）がある」項目の該当者がいない	
⑧ 健康チェックシートの「息苦しさがある」項目の該当者がいない	
⑨ 健康チェックシートの「体が重く感じる、疲れやすい」項目の該当者がいない	
⑩ 健康チェックシートの「味覚異常がある」項目の該当者がいない	
⑪ 健康チェックシートの「嗅覚異常がある」項目の該当者がいない	

競技会実施日 西暦 2021 年 8 月 29 日