

2020 年 8 月

最上地区秋季卓球選手権大会参加希望選手及び保護者の方へ

最上地区秋季卓球選手権大会【8月開催】参加にあたっての留意事項

新庄地区卓球協会

8月16日に最上地区秋季卓球選手権大会が開催されることとなりました。これまでの3ヶ月ほど、外出の自粛など生活に制限があり、卓球の練習も出来ない状態が続きましたが、大会が再開出来るようになったことを嬉しく思っております。しかし、未だ新型コロナウイルスの流行は根絶されたわけではありません。そこで、皆様には、ご不便、ご負担をお願いすることも多々あるかと思いますが、何卒宜しくご協力のほどお願い申し上げます。早速ですが、本大会への参加にあたって、以下の項目についてご協力を頂きたく、お願いいたします。

1. 以下に該当する方は、参加をお見合わせ下さい。
 - 体調がよくない場合（例：発熱・咳・咽頭痛などの風邪の症状がある場合）
 - 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
 - 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. 各自マスクを持参して下さい（競技中以外はマスクを着用すること）
3. こまめな手洗い、アルコール等による手指消毒の実施をお願いいたします
4. 他の参加者、役員、スタッフ等との距離の確保に努めて下さい
（できるだけ2m以上；障がい者の誘導や介助を行う場合は除きます）
5. 大きな声での会話、応援等は避けて下さい（応援は、自校の陣地で拍手のみ）
6. 感染防止のために主催者が決めたその他の措置をお守り頂き、主催者の指示には従って下さい
7. 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して下さい
8. 体育館の収容人数の関係から密を避けるために、応援席について以下の対策を行います
 - 保護者の方の応援は「各家庭1名まで」をお願いします

連絡先：新庄地区卓球協会 電話番号 090-3362-5479 事務局長 小森 卓
以上

大会当日 健康状態確認票【選手・保護者用】

2020 年 8 月

最上地区春季卓球選手権大会参加希望選手の方

保護者の方へ

健康状態申告のお願い

新庄地区卓球協会

新型コロナウイルスの流行予防のため、今大会参加にあたって以下の情報提供をお願いいたします。

ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出下さい。尚、提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

大会参加選手氏名：	所属	当日の体温	℃
観戦保護者氏名：		当日の体温	℃
住所：	緊急連絡先：		
※保護者の方の観戦は「各家庭 1 名まで」をお願いしております。			
大会前 2 週間における以下の事項の有無			
平熱を超える発熱（おおむね 3 7 度 5 分以上）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
身体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
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、地域への渡航、または該当在住者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

※こちらは大会当日に上記を記載し、会場入場時にご提出ください。

大会当日 健康状態確認票【指導者用】

2020 年 8 月

各卓球団体指導者の方へ

健康状態申告のお願い

新庄地区卓球協会

新型コロナウイルスの流行予防のため、今大会参加にあたって以下の情報提供をお願いいたします。

ご記入の上、大会当日持参し、受付にご提出下さい。尚、提出された個人情報の取扱には十分配慮いたします。

氏名：	所属	当日の体温	℃
住所：	緊急連絡先：		
大会前 2 週間における以下の事項の有無			
平熱を超える発熱（おおむね 37 度 5 分以上）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
せき、のどの痛みなど風邪の症状	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
身体が重く感じる、疲れやすい等	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
新型コロナウイルス感染症陽性者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
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、地域への渡航、または該当在住者との濃厚接触の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	

※こちらは大会当日に上記を記載し、会場入場時にご提出ください。