

新型コロナウイルス感染症対策について

開催にあたり、当(一般社団法人日本肢体不自由者卓球協会)では、新型コロナウイルス感染拡大防止について以下の対応・対策を行っております。何卒ご理解・ご協力のほど宜しくお願い致します。

■参加される前に

※①および②を満たしていない場合、参加することはできません。

①以下の事項に該当する場合は、参加ができませんので、ご了承ください。

- 体調が優れない場合(感染および感染が疑われる以下の症状がある場合)。
・平熱を超える発熱 ・咳 ・のどの痛み ・倦怠感(だるさ) ・息苦しさ ・嗅覚や味覚の異常
- 同居家族や身近な知人に感染が疑われる人がいる場合。
- 開催日前日14日以内で、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別紙の『健康状態申告書』を記入し、当日の受付で必ず提出ください。

また『健康状態申告書』の内容によっては、入場をお断りする場合があります。

2日間とも、それぞれご提出をお願い致します。

■当日の準備について

会場では以下の項目についてご理解・ご協力をお願い致します。

- 当日はマスクを持参し、会場では必ず着用ください。また大会役員、クラスファイア、審判、スタッフのマスク、手袋の着用をご理解ご協力ください。
- 朝、受付にて記載済み『健康状態申告書』をご提出ください。
- 朝、受付にて検温にご協力ください。
- ご自身の筆記用具(ボールペン※鉛筆やフリクションボールペンではないもの)をご持参ください。
- ほかの参加者やスタッフとの間隔が極力密にならないようにご協力ください。
(ソーシャルディスタンスの確保)
- 必要以外の会話、大きな声での会話はできるだけお控えください。
- ロビー・アリーナ内の飲食はお控えください。指定箇所での飲食にご理解ご協力をお願い致します。
- 咳エチケットやこまめな手洗い・手指消毒等にご協力ください。
会場内に数か所、消毒用アルコールを設置しますので、ご利用ください。
- 会場の換気実施にご協力ください。
- 感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、主催者の指示に従ってください。

■終了後について

- 終了後、14日以内に感染および感染が疑われる症状が発生した場合は、速やかに事務局までご連絡ください。またほかの参加者やクラスファイアへの情報提供を行いますのでご了承ください。

お問い合わせ

一般社団法人日本肢体不自由者卓球協会

TEL: 03-6229-5427

FAX: 03-6229-5420

Mail: jptta-daihyou@outlook.jp

担当：事務局

連絡先および健康状態申告書

『新型コロナウイルス感染症対策について』を必ずお読みください。

新型コロナウイルス感染症の感染防止のため、来場者は**受付時に必ず**ご提出ください。

氏名		該当するものに○をお願いします。↓
住所	都・道・府・県 市	選手・帯同・スタッフ・メディア・その他
電話番号	自宅or携帯：	対象選手名 ()

症状リスト

- ①平熱を超える発熱 ②咳 ③のどの痛み ④倦怠感(だるさ) ⑤息苦しさ ⑥嗅覚や味覚の異常
⑦その他(具体的な症状は各日の欄にご記入ください)

1) 今朝の体調を記入ください。

記入日	体温	体調	不調の場合の具体的な症状を上記症状リストの番号①～⑦を記入ください。	備考
月 日	℃	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不調		

2) 開催日前14日間以内について、以下の質問にお答えください。

質問	回答	
37度以上の発熱はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
新型コロナウイルス感染症陽性とされ人との*濃厚接触はありましたか？	<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ましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
政府から入国制限、入国後の観察期間を必要とされる国、地域への渡航または当該在住者との濃厚接触はありましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
※任意 ワクチン接種(2回)はお済ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

*濃厚接触者とは：同居している人、長時間接触した人、診察・看護・介護した人、体液に触れた人、1メートル程度でマスク無し、15分以上接触した人

3) その他、気になる点や伝えたいこと等ありましたら、ご記入ください。

主催者チェック欄

記入内容は当該大会・クラス分けのみに活用いたします。(書類は1か月保管した後、破棄いたします)。

万が一の場合、行政機関等へ提出し情報提供することをご了承ください。

※記入漏れはございませんか？今一度ご確認をお願い致します。

ご協力ありがとうございました。