

## 部活動の全国・東北大会等参加に当たっての留意事項

全国・東北大会等への参加については、事前に会場となる地域（都道府県・市町村等）における感染状況及び対応制限等を確認の上、慎重に判断し、参加する場合は、ワクチン接種の有無にかかわらず、以下に基づき万全の感染防止対策を講じること。

### 1 全般に関すること

- (1) 参加に当たっては、部員の意志及び健康状態等に十分配慮するとともに、保護者の理解を十分得ること。また、主催者等の留意事項等に従うこと。
- (2) 最低でも現地入り2週間前から、現地を出て2週間後までは、顧問（指導者）及び部員の健康状態（起床直後の検温等）及び行動内容を主催者が作成するチェックシート等に記録し、主催者等からの求めがあった場合は、速やかに提出できるよう準備すること。なお、主催者からチェックシート等が示されていない場合は、健康チェックシート（様式1）を活用すること。
- (3) 顧問（指導者）は、部員の健康状態、行動内容を常に把握、管理するとともに、部員の同居家族や身近な知人に感染が疑われる者がいないか常に確認すること。
- (4) スマートフォン利用者については、原則として、厚生労働省の「新型コロナウイルス接触確認アプリ（COCOA）」をインストールの上、利用状態にし、常に携帯すること。（学校生活、競技実施等に支障がある場合は除く。）
- (5) 会場地移動前に感染疑い症状（例：発熱、咳、喉の痛み、倦怠感、味覚嗅覚異常等）が出現した場合、平素の活動を中止し、かかりつけ医又は県コールセンターに連絡し、受診方法等について指示を受けること。
- (6) 大会開催日の2週間前の時点若しくはそれ以降に感染疑い症状があった場合は、PCR検査等、医師による検査が陰性であっても、原則当該部員は参加を辞退すること。（インフルエンザ等の新型コロナウイルス以外の感染症のリスクもあるため。）ただし、次の条件を満たしている場合、大会への出場を認めても構わない。
  - 感染疑い症状の発症後に少なくとも10日が経過している。（発症日を0日とする。）
- (7) 大会開催日の2週間前の時点若しくはそれ以降に、PCR検査等、医師による検査で陽性反応があった場合は、保健所の指示に従うこと。
- (8) 保健所から濃厚接触者と認められた場合、2週間にわたる健康状態を観察する期間（感染者と最後に接触した日の翌日から起算）を経過し、症状が出ていない部員の出場は認めても構わない。

### 2 大会期間中に関すること

#### ＜宿 舎＞

- (1) 感染拡大防止に向けた積極的な取組を実施している宿舎を利用すること。
- (2) ホテル宿舎は一人部屋が望ましいが、困難な場合は、極力少人数の部屋割りとなるよう配慮すること。複数人での利用の場合、室内では常時マスクを着用することが望ましい。
- (3) 部屋の換気をよくするとともに、推奨されている室内湿度である50～60%に保つよう心がけること。
- (4) 食事の際には部員が一堂に集まるのではなく、時間差を付けて、距離（できるだけ2m、最低1m）を空けられるようにし、必要以上の会話は控えること。また、食事後は速やかにマスクを着用すること。可能であれば自室での食事が望ましい。
- (5) 共用スペース（ロビー等）の利用は必要最低限とし、人数制限など宿舎からの指示等に従い、「3密」を防ぐこと。
- (6) 共同浴場は可能な限り利用しないこと。共同浴場を利用する場合は、「3密」を

防ぎ、個々人の利用時間を短くし、速やかに退室するよう心がけること。（特に脱衣所）

- (7) ミーティング等は、ビデオ会議（オンラインミーティング）を活用し、部員らの接触を極力避けること。対面で実施する場合はマスクを着用するとともに、部屋の広さ（参加者間ができるだけ2 m、最低1 m）や換気に留意し、「3密」の状態とならないようにすること。
- (8) 感染疑い症状を訴える者が出た場合は、即座に個室に隔離するとともに、会場地コールセンターに連絡し、受診方法等について指示を受けること。

#### <移動>

- (9) 宿舎出発前に検温し、主催者が作成するチェックシートに記録すること。なお、主催者からチェックシートが示されていない場合は、健康チェックシート（様式1）を活用すること。
- (10) チーム専用の移動手段を手配することが望ましい。公共交通機関を利用する場合は、可能な限りまとまって乗車・搭乗し、一般客との接触を避けること。
- (11) 移動の際は、チーム専用の移動手段、公共交通機関にかかわらず、マスク着用、手指衛生を徹底し、必要以上の会話や飲食は避けること。

#### <会場>

- (12) こまめな手洗い等による手指衛生の徹底を図ること。
- (13) 会場内での移動や待機時は、マスクを着用すること。
- (14) 更衣室、待機場所等では、運営者の指示等に従い、「3密」を回避すること。また、原則マスクを着用するとともに、不要な会話・接触及び飲食は控えること。
- (15) 観戦する場合は運営者の指示等に従い、「3密」を回避すること。また、声援やかけ声は、極力控えること。

#### <競技中等>

- (16) 素手でのハイタッチや握手等は控えること。また、円陣を行う際の声出しは、可能な限り部員同士の間隔を取り、最短時間で済ませること。
- (17) 競技中等のコミュニケーションのための声かけ、発声については妨げないが、プレー中断時等は、相手との距離や飛沫を考慮し、一定程度の距離を保つことや、向き合わないなどの工夫をすること。
- (18) 手指衛生に努めるとともに、共用物品の使用は可能な限り控え、共用物品については可能な限り消毒を行うこと。
- (19) 交代部員等が控える場所では、可能な限りマスクを着用するとともに、部員等の間隔を取り、接触を避けること。
- (20) 顧問（指導者）からの指示等の際は、マスクを着用するとともに、部員との距離（できるだけ2 m、最低1 m）を意識すること。

### 3 大会終了後に関すること

- (1) 会場又は宿舎出発前に感染疑い症状がないか確認すること。
- (2) 帰宅（又は準ずる拠点到着）時に検温すること。
- (3) 万一、新型コロナウイルス感染者となった場合は、医療機関、保健所等の指示に従うとともに、主催者等に速やかに報告すること。

### 4 その他参考となる事項

高校生のスポーツ大会におけるクラスターに共通する代表的な所見（国立感染症研究所実地疫学研究センター）

- 大会数日前から現地で行われていた事前合宿や公式練習で感染が拡大したと推測される事例があった。
- 接触程度の強い室内の競技ほど対戦チームへ感染させている可能性があったと考えられた。

一方、競技よりも、滞在中の宿泊施設における集団生活の中で、飲食やマスクのない会話が多数あったことが、感染拡大の主要な原因であった事例も散見された。

- 発症した生徒は軽症で、翌朝の健康観察時には症状が消失し、本人の身体的には競技可能な状態と見受けられたことが多く、その後の競技継続が感染拡大要因の一つとなった場合があった。
- 生徒が必ずしも発端例ではない事例もあった。

#### <参考資料>

「国民体育大会開催における新型コロナウイルス感染拡大防止に関する基本方針」

公益財団法人日本スポーツ協会 第2版 2021/5/24

「中学生・高校生等を対象とした全国大会・コンクール等における感染拡大予防ガイドライン」

スポーツ庁・文化庁 2021/6/2

「高校生のスポーツ大会における新型コロナウイルス感染症のクラスター発生防止に関する提案」

国立感染症研究所実地疫学研究センター 2021/9/3

チェックシートは大会参加に当たり、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。  
感染者又は感染の疑いのある部員等が判明した場合には、必要な範囲で主催者、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。

|         |                                                       |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
|---------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 大会名     |                                                       |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
| 大会期間    |                                                       |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
| 開催地名    |                                                       | 都道府県                                                     |                                                          |                                                          |                                                          | 市町村                                                      |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
| 学校名     |                                                       |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
| 部活動名    |                                                       |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
| 氏名      |                                                       |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |                                                          |
| 項目      |                                                       | 1                                                        | 2                                                        | 3                                                        | 4                                                        | 5                                                        | 6                                                        | 7                                                        | 8                                                        | 9                                                        | 10                                                       | 11                                                       | 12                                                       | 13                                                       | 14                                                       |
| 日付      |                                                       | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        | /                                                        |
| 体温      |                                                       | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        | ℃                                                        |
| 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    |
|         | 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    |
|         | 痰（たん）が出たり、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    |
|         | 鼻水、鼻づまりがある<br>※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    |
|         | 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    |
|         | 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    |
|         | 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    |
|         | 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    |
|         | 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    |
| 臭覚異常がある | <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    |
| 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 |
|         | 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 |
|         | 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、地域等への渡航また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 |
|         | クラスターが発生している都道府県や当該地域に訪れた                             | <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 主催者が作成するチェックシート等がない場合は、本チェックシートに記入してください。