

第17回倉敷市民スポーツフェスティバル バドミントン競技会 実施要項

- 1 主 管 公益財団法人倉敷市スポーツ振興協会バドミントン部
- 2 日 時 令和 4年10月16日(日) 午前9時開会 受付8時30分から
- 3 会 場 水島体育館
- 4 開 催 内 容 競技会
- 5 参 加 対 象 **倉敷市在住のバドミントン愛好者**
- 6 参 加 料 無料
- 7 申 込 方 法 712-8011
倉敷市連島町連島1174-221
穂田久美子
※ 電話 FAXでの受付は致しません。
- ◆締切 **令和 4年9月27日(火) 必着 以降の受付は致しません。**
- 8 競技規則及び競技方法
★ダブルス個人戦(ペアの合計年齢別) 男女関係なく、組合せはフリー
ペアの合計年齢が 75歳以上(A) 80歳以上(B) 85歳以上(C)
90歳以上(D) 95歳以上(E) 100歳以上(F)
大人と小学生のペア(G) ※大人の年齢は30歳以上
- 9 そ の 他 コート設営を当日8時10分～8時30分まで行いますので、参加者全員でお手伝いをお願いします。
当日、午前8時30分～45分までに受付を済ませてください。
駐車場が少ないので、お車は乗り合わせておいでください。

※ 参加者全員、スポーツレクリエーション保険に加入いたします
※ コロナウィルス感染症が拡大した場合、大会を中止することもあります。ご了承ください。

【問い合わせ先】

公益財団法人 倉敷市スポーツ振興協会バドミントン部
事務局長 穂田久美子 090-7129-4003

新型コロナウイルス感染症拡大防止のために

第17回倉敷市スポーツフェスティバルバドミントン競技会ガイドライン

- ★ 大会参加者は、倉敷市在住の者とする。
- ★ **大会当日朝、体育館入り口で検温いたします。その際、各自チェックリストを提出してください。**
- ★ チームで参加する代表者は、参加者の把握をし、感染発症があった場合連絡が取れるようにしておくこと
- ★ 参加当日の朝、参加前の**検温を行い平熱**であることを確認すること
- ★ 参加者本人が、以下の事項に該当する場合は、自主的に参加の自粛をすること
 - ・ 体調がよくない場合（発熱・咳・咽頭痛などの症状がある場合）
 - ・ 同居家族や身近な知人、職場に感染が疑われる方がいる場合
- ★ 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
- ★ 水分補給用のドリンクを床に、こぼさないよう溢れる可能性のない蓋つきの容器にし飲み残し等を指定場所以外（例えば 路上）に捨てない。回し飲みをしないこと
- ★ 必ずタオルを持参し、くしゃみ、咳はタオルを利用して飛沫を抑制すること
- ★ プレー中以外は、マスクをすること
- ★ **試合前後の握手はせず、お辞儀をすること**
- ★ ラケットやタオルの貸し借りや共用をしないこと
- ★ 換気時間について、理解、協力をすること
- ★ 会話をするときには、他者との距離を保ち、向かい合わないこと。他人との接触、大きな声での会話、応援等をしないこと
- ★ 大会参加後に感染発症した場合、大会事務局または、チーム代表者に報告すること

事務局 穂田久美子 090-7129-4003

- ★ 各自、スマホの接触確認アプリ COCOA をダウンロードしておくこと

公益財団法人 倉敷市スポーツ振興協会バドミントン部

第17回倉敷市民スポーツフェスティバルバドミントン競技会 参加者感染防止チェックリスト

※参加する当日の朝に、ボールペンで下記の感染防止チェックリストへ記入し、
高校生の場合は、保護者の署名・捺印の上、会場の受付に代表者がまとめて提出して下さい。

※受付時に提出できない、もしくはチェックリストから参加に支障があると判断された
場合、体育館への入場を控えていただく場合もあります。

※保護者署名欄以外は、参加者本人が記入しても構いません。

※個人情報、感染者が発生した場合や濃厚接触者が発生した場合などの緊急時に関係各所
への連絡以外には使用いたしません。

日付	令和4年 10月2日		
チーム名			
氏名		年齢	
住所			
緊急連絡先	保護者 続柄 () TEL:		
試合当日の体温	度	分	

感染防止チェックリスト

(1)～(7)については、本日より2週間前までにおける以下の事項の有無について答えて下さい。

チェック項目	※該当する方へ✓を入れて下さい。 あり なし	
(1) 平熱を超える発熱（おおむね37度5分以上）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) 咳（せき）、のどの痛みなどの風邪の症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) 嗅覚や味覚の異常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) 体が重く感じる、疲れやすいなどの症状	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(6) 新型コロナウイルス感染症の陽性とされた者との濃厚接触	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) 感染が疑われる同居家族や身近な知人	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) マスクの持参	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記の回答に相違ありません。

自署（保護者署名）

