

各県立学校長 殿

教 育 長
(公印省略)

新型コロナウイルス感染症の発生状況を踏まえた県立学校における
感染拡大防止対策について (通知)

新型コロナウイルス感染症に係る新たなレベル分類について、1月12日(水)開催の新型コロナウイルス感染症に係る危機対策本部会議(本部長青森県知事)において、本県における新型コロナウイルス感染症の感染状況等に係るレベルが1から2に移行したと示されたところです。

このことから、県立学校においては、部活動等の感染拡大防止に対応していただいているところですが、今後の感染拡大を防ぐため、1月13日(木)から下記のとおり感染拡大防止対策を講じることとします。

各学校におかれては、本通知の内容について児童生徒及び保護者、教職員に周知するとともに、学校内での感染防止対策についても適切に実施して下さるようお願いいたします。

なお、本通知の対応については、今後の新型コロナウイルス感染症の発生状況等に応じて変更する場合がありますことを申し添えます。

記

1 部活動について

(1) 活動日数

「運動部活動の指針(平成30年12月)」及び「青森県文化庁活動の指針(令和元年8月)」に基づく日数の活動ができる。

(2) 対外試合

① 公式試合

青森県高等学校体育連盟、青森県高等学校野球連盟、青森県高等学校文化連盟、青森県中学校体育連盟及び青森県中学校文化連盟並びにこれらの団体の上位組織の団体が主催又は共催する大会、各競技団体(協会・連盟)が主催する大会については、事前に主催者が講じる新型コロナウイルス感染防止対策や会場となる地域(都道府県、市町村)の感染状況及び対応制限等を確認し、慎重に判断した上で参加可能とする。

② 公式試合以外

他校との試合(練習試合を含む。)については、県内(可能な限り同地区)の学校間に限定して、交流校との飲食(顧問同士も含む。)や宿泊を伴わない範囲内で実施可能とする。

ただし、実施に当たっては、交流校の所在する地域の感染状況等を事前に確認するとともに、その必要性を十分に検討し、必要最小限にとどめること。

【試合実施に当たっての留意事項】

① 一般的な事項

ア 毎日こまめな健康チェックをし、本人や同居家族に風邪症状等(頭痛、のどの痛みや違和感、鼻のつまり、だるさ、味覚や嗅覚の異常、発熱、その他いつもと違う症状)が見られる場合は、参加しないこと。(簡易検査キット等で陰性の場合も、風邪症状等がある場合は参加しない。)

イ 競技(運動)の合間や更衣室ではマスクを必ず着用すること。

ウ 声援、指示など大声を出さないこと。

エ 公共交通機関利用後やエレベーター等、不特定多数の人と共用する箇所に触れた場合は、すぐに手洗い又はアルコール消毒を行うこと。

オ 更衣室等、換気の不十分な場所での長時間の滞在を避けること。

カ 移動の際も含めて、マスクを外した状態での会話は避けること。

キ マスクを外す飲食の場面では、特に注意し、3密にならないよう十分な距離を確保し、なるべく場所など工夫すること。

ク 試合後2週間は、毎日検温し、健康観察を徹底することとし、体調不良の場合は、自宅で療養し、気にかかる症状等があれば、かかりつけ医[※]に相談し、指示を仰ぐこと。

※かかりつけ医がない、相談先がわからない場合は、県コールセンターに問い合わせること。

② 全国・東北大会に係る留意事項

別紙のとおり。

(3) 合宿

合宿(学校単独で行うものを含む。)は禁止する。

ただし、全国・東北大会に出場する選手又はチーム及び各競技団体等から強化指定を受けた選手又はチームは、合宿を可能とする。また、スキー部等、練習場所が限られており合宿形式での練習が不可欠だと校長が認める場合は、実施可能とする。なお、実施に当たっては、合宿を行う地域の感染状況等を事前に確認するとともに、その必要性を十分に検討し、必要最小限にとどめること。並びに、別紙留意事項に基づき、万全の対策を講じること。

(4) 練習等活動時の留意事項

① 健康観察の徹底

毎日こまめな健康チェックをし、本人や同居家族に風邪症状等(頭痛、のどの痛みや違和感、鼻のつまり、だるさ、味覚や嗅覚の異常、発熱、その他いつもと違う症状)が見られる場合は、参加しないこと。

② 密集場面の回避

多くの人数が密集する場面で感染リスクが高まると言われていることから、更衣室等も含めて、人数制限を設けるなど密集しないようにするとともに、換気を徹底すること。

③ 場面の切り替わり時のリスク回避

練習メニューが変わる場面やミーティングの際に、生徒が密接しないよう距離をとり、大声を出さないこと。

④ 部活動に付随する場面での対策の徹底

部活動終了後に、車座になって飲み物を飲みながら会話したり、食事を行ったりした際に感染が広がることを防ぐため、部活動前後での集団での飲食は控えるとともに、人との接触を避ける観点から、部活動終了後は速やかな帰宅を促すこと。

2 外部人材の活用について

県内の人材に限り来校による直接の指導を実施可能とする。ただし、外部人材及び児童生徒ともにマスクを着用する、身体的距離を確保する、換気を徹底するなどの必要な対策を講じることができない場合は、映像配信やオンライン等により実施すること。

3 健康観察の徹底について

本人や同居家族に風邪症状等（頭痛、のどの痛みや違和感、鼻のつまり、だるさ、味覚や嗅覚の異常、発熱、その他いつもと違う症状）が見られる場合、児童生徒及び教職員が登校または出勤しないことを徹底すること。

4 学校外における文化・スポーツ団体での活動等について

軽微な場合でも平常時の体調と異なる場合は、参加しないこととし、参加する場合は、各自が感染防止対策の徹底に努めること。

【担当】 ○保健管理等に関すること

スポーツ健康課 体育・健康グループ TEL 017-734-9907（直通）

○学習指導・学校行事・生徒の指導等に関すること

学校教育課 高等学校指導グループ TEL 017-734-9883（直通）

学校教育課 小中学校指導グループ TEL 017-734-9895（直通）

学校教育課 特別支援教育推進室 TEL 017-734-9882（直通）

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2m、最低1m)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2m、最低1m)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	日付	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
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
	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 ※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	
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
□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。