

第45回 全日本都市対抗テニス大会  
関東地区予選大会要項

2021年3月8日

関東テニス協会

1. 主 催：関東テニス協会
2. 運営主管：群馬県テニス協会
3. 後 援：群馬県テニス協会
4. 期 日：2021年5月8日(土) 予備日 9日(日) 雨天決行
5. 会 場：群馬県立敷島公園テニスコート(砂入り人工芝8面)  
群馬県前橋市敷島町66番地 Tel. 027-234-9338
6. 方 法：予選参加各県代表郡市町村単位として一般男子・女子単複、男女45才以上複、  
男子55才以上複、計7種目の選手をもってチームを編成し、対抗試合を行い、  
上位3チームを代表と決定する。(第43回全日本都市対抗テニス大会の成績により、  
東京都、埼玉県、茨城県、千葉県の4都県は推薦。栃木県宇都宮市は次期開催都市枠として  
出場。したがって、神奈川県、群馬県、山梨県、栃木県(宇都宮市以外)の4県で競う。)  
ただし、各県郡市町村代表のチーム編成は、県内選手に限り補充することができる。
7. チーム編成：一般男子 3名以内、一般女子 3名以内、ベテラン1部男子 3名以内、  
ベテラン1部女子 3名以内、ベテラン2部男子 3名以内、監督 1名、  
マネージャー 1名 計12名以内とする。  
※ 監督、マネージャーは選手と兼ねることができる。
8. 参加資格：①JTA登録のプロ・一般選手を問わず参加することができる。  
②居住地 当該地郡市町村に2021年4月1日以前から引き続き居住している者。  
③勤務地 同上記、地域内に引き続き勤務している者。  
④「ふるさと」選手。  
⑤ベテラン1部は満45才以上、1976年(昭和51年)12月31日以前に出生の男女。  
ベテラン2部は満55才以上、1966年(昭和41年)12月31日以前に出生の男。
9. 試合方法：①試合は全て8ゲームスプロセット(8-8タイプブレイク)ノーアドバンテージ方式で行う。  
②各対抗の試合順は下記により行う。試合順は都合により変更することもある。  
1)一般女子複 2)一般男子複 3)ベテラン1部男子複 4)ベテラン一部女子複  
5)ベテラン2部男子複 6)一般女子単 7)一般男子単
10. 試合球：ダンロップフォート
11. 参加料：1チーム 40,500円 当日会場にて徴収します。  
(参加料40,000円+ワンコイン制度金500円)
12. 参加申込：参加申込は別紙申込書で、4月12日(月)までに下記宛お送り下さい。  
※申込書に最新の県予選大会のメンバー記載のプログラム(成績結果)を同封して下さい。

## 送り先

〒151-0072

東京都渋谷区幡ヶ谷1-1-2 朝日生命幡ヶ谷ビル2F

関東テニス協会 都市対抗予選大会 係

電話 03-3374-3008

FAX 03-3374-3009

### 13. 組合せ抽選会： 4月21日（水） 常務理事会終了後関係者で実施

関東テニス協会HPにて発表 <<http://www.kanto-tennis.com>>

### 14. 代表者会議： 2021年5月8日（土） 9時30分 開会式は行いません。

試合開始は、10時00分とします。 雨天決行

### 15. 新型コロナウイルス感染症に関する参加時の注意事項

- ① 以下の事項に該当する場合は、自主的に参加を見合わせる（大会当日に健康チェックシート2種類をご提出ください。）
  - ・ 体調がよくない場合（例：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に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 マスクを持参すること（参加受付時や着替え時等のスポーツを行っていない際や会話をする際に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を実施すること
- ④ 他の参加者、大会スタッフ等との距離（できるだけ2mを目安に（最低1m）を確保すること（障がい者の誘導や介助を行う場合を除く）
- ⑤ 会場及びその周辺で大きな声で会話、応援等をしないこと
- ⑥ 感染防止のために大会主催者が決めたその他の措置の遵守、主催者の指示に従うこと
- 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すること
- ⑧ 会場の混雑を避けるため、選手の帯同者は極力少なくすること。
- ⑨ 厚生労働省の「COCOA システム」の利用を推奨いたします

### 16. 選手の試合中の遵守事項

- ① 十分な距離の確保
  - (ア) ポイント間（ポイントとポイントの間）は対戦相手、パートナーとの距離を2メートル以上確保すること
  - (イ) 試合の始めと終わりの挨拶は握手でない方法で行うこと
  - (ウ) チェンジエンドの際も対戦相手、パートナーとの距離を2メートル以上確保すること
- ② ラケットや自らの試合で使用するボールなどプレイに必要なもの以外にはコートサーフェスも含めできるだけ手で触れないこと
- ③ タオルの共用はしないこと

- ④ タオルは手が触れる面と顔に触れる面を使い分けること
- ⑤ プレイ中は手で顔にふれるのを避けること
- ⑥ ラケット・水筒をはじめとする用具をパートナーや対戦相手と共有しないこと
- ⑦ 咳、くしゃみの際は腕で口を覆うこと
- ⑧ 唾や痰をはくことは極力行わないこと

備考 1.テニスは社会的距離が確保できるスポーツですので、セルフジャッジ5原則は、通常通り適用されます。

※新型コロナウイルス感染拡大状況により、遵守事項が追加される場合があります。

#### 17. その他： 第45回全日本都市対抗テニス大会

期日 2021年7月15日（木）～18日（日）

場所 栃木県宇都宮市：栃木県総合グランドテニスコート

##### 【ワンコイン制度について】

ワンコイン制度は、（公財）日本テニス協会により制定された制度で、日本のテニス発展のため選手およびジュニアの育成強化を目的とするナショナルトレーニングセンターの運営を中心に地域トレーニングセンターの整備等への資金を大会参加者に広くご負担頂く制度です。「ナショナルトレーニングセンター（NTC）」及び「ワンコイン制度」について詳しくは <http://jta-tennis.or.jp/national/ntc/onecoin.html> をご覧ください。

以 上

健康チェックシート

チェックシートは大会開催にあたり新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の皆様の健康状態を確認することを目的としています。本チェックシートに記入いただいた個人情報については、厳正なる管理のもとに保管し、健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。感染者又は感染の疑いのある方が判明した場合には、必要な範囲で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。

団体名																
氏名																
項目		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
日付		4月24日	4月25日	4月26日	4月27日	4月28日	4月29日	4月30日	5月1日	5月2日	5月3日	5月4日	5月5日	5月6日	5月7日	
体温		°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	<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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	痰（たん）がでたり、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	<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	<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	<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	<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	<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	<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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	嗅覚以上がある	<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	<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	<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、地域等への渡航又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	<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該当地域に出張又は休暇等で訪れた	<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 <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 本票は一定期間保管した後、破棄します。

# 健康チェックシート

記入日 2021/5/8

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

(※日中に連絡が取れる電話番号を記入してください)

以下の項目に記入をお願いします。

過去14日間の体調及び状況についてお答えください。			
健康調査	体温		
	のどの痛みがある	有	無
	咳（せき）が出る	有	無
	痰（たん）がでたり、からんだりする	有	無
	鼻水、鼻づまりがある※アレルギーを除く	有	無
	頭が痛い	有	無
	だるさ（倦怠感）がある	有	無
	息苦しさがある	有	無
	体が重く感じる、疲れやすい	有	無
	味覚異常がある	有	無
	嗅覚以上がある	有	無
行動調査	新型コロナウイルスに感染（陽性）された方と濃厚接触 <sup>(※1)</sup> がある	有	無
	同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる	有	無
	海外渡航 <sup>(※2)</sup>	有	無
	出張・休暇 <sup>(※3)</sup>	有	無

※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 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、地域等へ渡航した場合

※3 過去14日以内にクラスターが発生している都道府県や該当地域に出張又は休暇等で訪れた場合