第28回日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）中国四国地方会

<会期>2022年9月3日（土）・4日（日）

【 当日参加受付用紙 ・健康状態申告書】

※大変お手数ですが、太枠内にご記入いただき、受付にご提出くださいますようお願い申し上げます

ご芳名	
ご所属	

都道府県	都 ・ 道 府 ・ 県

※該当する□にチェックを入れてください

参加区分	□ 医師	¥5,000
	□ 企業	¥5,000
	□ コメディカル	¥1,000
	□ 研修医	¥1,000
	※証明書をあわせてご提示ください。	

■来場時の状況をご回答ください。該当に「〇」をつけてください。

①37.5 度以上の発熱がある　はい ・ いいえ
②咳、咽頭痛、強いだるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がある　はい ・ いいえ
③聴覚異常や味覚異常がある　はい ・ いいえ
④同居家族に上記①②③の症状がある　はい ・ いいえ
⑤新型コロナウィルス感染症陽性者と濃厚接触がある　はい ・ いいえ

⑥過去 14 日以内、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・地域への渡航、または当該国・地域の在住者と濃厚接触がある。　はい ・ いいえ

⑦新型コロナウィルスのワクチン接種について
接種した（　　回目）　・　接種していない

⑧連絡先
E-mail（　　@　　）
電話番号（　　－　　－　　）

※ご記入いただいた個人情報は、参加者の健康状態の把握、 来場参加可否の判断および必要な連絡のために使用いたします。
※法令において認められた場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。
感染が疑われる参加者・運営関係者が報告された場合には、保健所等の公的機関の要請により、個人情報を含む必要な情報を提供する場合がございます。予めご了承ください。

第28回日本心血管インターベンション治療学会（CVIT）中国四国地方会 運営事務局

※スタッフ記入欄： 28cvitcs10