

## 【健康状態申告書】

※参加初日にご提出ください

※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

※該当する□にチェックを入れてください

|     |          |   |
|-----|----------|---|
| 提出日 | 2022年10月 | 日 |
|-----|----------|---|

|      |  |
|------|--|
| ふりがな |  |
| ご芳名  |  |

|     |  |
|-----|--|
| ご所属 |  |
|-----|--|

|      |                |
|------|----------------|
| 都道府県 | 都 ・ 道<br>府 ・ 県 |
|------|----------------|

|             |  |
|-------------|--|
| 連絡先<br>電話番号 |  |
|-------------|--|

|      |  |                  |
|------|--|------------------|
| 参加区分 | <input type="checkbox"/> 医師            | 15,000円          |
|      | <input type="checkbox"/> 医師以外          | 8,000円           |
|      | <input type="checkbox"/> 初期研修医         | 8,000円           |
|      | <input type="checkbox"/> 学生            | 無料 ※学生証をご提示ください。 |
|      | <input type="checkbox"/> 招待（名誉会員・特別会員） |                  |

## ■ 来場時の状況をご回答ください。該当に「○」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新型コロナウイ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

※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。