

【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 府 ・ 県
------	----------------

連絡先 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。