

【当日参加受付用紙・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

ご芳名	
ご所属	
都道府県	都 ・ 道 府 ・ 県

事前参加区分	<input type="checkbox"/> オンライン参加登録済み(決済済み)
--------	--

当日参加区分	<input type="checkbox"/> 会員 医師・企業 12,000円 <input type="checkbox"/> 会員 コメディカル 5,000円 <input type="checkbox"/> 非会員 医師・企業 17,000円 <input type="checkbox"/> 非会員 コメディカル 7,000円 <input type="checkbox"/> 研修医 3,000円 <input type="checkbox"/> 学生 無料 <input type="checkbox"/> Faculty 医師 10,000円 <input type="checkbox"/> Faculty コメディカル 3,000円 <input type="checkbox"/> ご招待
--------	--

■ 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 |

⑦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ことがございます。予めご了承ください。