第１回日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会 総会・学術講演会　当日参加申込書

参加受付：　ホテル日航金沢　3F・ホワイエ 当日参加登録受付

下記項目すべてご記入の上、当日参加登録受付にご提出ください。
新型コロナウイルス感染拡大予防対策の万全を期す為、詳細のご記入をお願いいたします。

ヨミガナ		
氏　名		
所属 （勤務先）		都道 府県 ※必ずご記入ください。
連絡先住所	□所属先　□自宅　〒（　　―　　）	
TEL		
E-mail		
参加区分 （参加費）	□ 医師　　：¥12,000	
	□ コメディカル　：¥ 3,000　※身分証を提示ください。	
	□ 研修医・学生（医学部以外の大学院生を含む）：無料　※学生証を提示ください。	

健康状態申告書

新型コロナウイルス感染拡大予防対策として、『健康状態申告書』のご提出をお願いいたします。下記に必要事項をご記入の上、学術集会に参加される最初の日に事務局へご提出ください。

■現地参加日（該当するすべての日に「○」をつけてください）：　6 月 30 日(水)　・　7 月 1 日(木)　・　7 月 2 日(金)

学術集会参加時の状況をご回答ください。該当する場合に「○」をつけてください。
該当がない場合は空欄としてください。

	①　37.5 度以上の発熱がある
	②　咳、咽頭痛、強いだるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）がある
	③　味覚、嗅覚、または聴覚に異常がある
	④　同居家族に上記①②③の症状がある
	⑤　新型コロナウイルス感染症陽性者と濃厚接触がある
	⑥　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（過去 14 日以内）

※本健康状態申告書は、第１回日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会総会・学術講演会の現地開催にあたり、新型コロナウイルス感染拡大予防対策として運営関係者の健康状態を確認することを目的としています。
※記入いただいた個人情報は、運営関係者の健康状態の把握、現地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る場合を除き、本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。ただし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１回日本耳鼻咽喉科免疫アレルギー感染症学会　事務局