

第 45 回日本嚙下医学会総会ならびに学術講演会
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、学術講演会に参加される最初の日に 4F の受付の所定の場所にご提出ください。

現地参加日（該当するすべての日に、○をつけてください） 2月24日（木） ・ 2月25日（金） ・ 2月26日（土） <ポストコンgresセミナー>

下記の確認をお願いいたします（チェックをいれてください）

<input type="checkbox"/>	① 37.5 度以上の発熱はない
<input type="checkbox"/>	② 咳・咽頭痛・強いだるさ（倦怠感）・息苦しさ（呼吸困難）はない
<input type="checkbox"/>	③ 味覚・嗅覚、または聴覚に異常はない
<input type="checkbox"/>	④ 同居家族に、上記①②③の症状はない
<input type="checkbox"/>	⑤ 新型コロナウイルス感染症の陽性者と濃厚接触はない
<input type="checkbox"/>	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はない（過去 14 日以内）

ワクチン接種回数についてご回答ください（○をつけてください）

未接種 ・ 1 回接種済 ・ 2 回接種済 ・ 3 回接種済 ・ その他（ ）

新型コロナウイルス感染拡大予防策の万全を期すために、下記のご記入をお願いいたします

ふりがな		
氏名		
ご所属 (勤務先)		都 道 府 県 <u>※必ずご記入ください</u>
ご連絡先 住所	<input type="checkbox"/> ご所属先 <input type="checkbox"/> ご自宅 〒 (-)	
携帯電話番号		
E-mail		

※ 本健康状態申告書は第 45 回日本嚙下医学会総会ならびに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ます。
※ ご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致します。
※ 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致しません。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ことがございます。予めご了承ください。