

お願い 現地、参加受付でご提出いただきます。「事前のご記入」にご協力をお願いいたします。

第16回日本性差医学・医療学会学術集会 受付票・健康状態申告書

■受付票（事前参加登録がお済みの方もご記入ください）

フリガナ		電話番号	
氏名			
所属			
性差医学・医療認定資格（1つに○をおつけください）		認定医	・ 指導士 ・ なし

当日登録の方のみ 「チェック欄」に○をつけ、受付にて参加費をお支払いください。

参加区分	チェック欄	参加費
1. 医師、大学教員、社会人		10,000円
2. 研修医、医師以外の医療従事者、社会人大学院生、 オンデマンド配信・抄録集も希望する学生・大学院生		5,000円

E-mail

※オンデマンド配信の情報をお送りしますので、正確にご記入ください。

■受付当日の健康状態申告書（全員の方がお答えください）

来場時の状況をご回答ください。該当する項目に○をつけてください。

① 37.5 度以上の発熱がある	はい ・ いいえ
② 咳、咽頭痛、だるさ（倦怠感）、息苦しさ（呼吸困難）などの症状がある	はい ・ いいえ
③ 味覚、嗅覚に異常がある	はい ・ いいえ
④ 同居家族に上記①②③の症状があり、新型コロナウイルス感染が疑われている	はい ・ いいえ
⑤ 新型コロナウイルス感染症に罹患した人と濃厚接触がある	はい ・ いいえ
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）	はい ・ いいえ
⑦ 来場参加日すべてに○をつけてください	2月4日（土） 2月5日（日）

※ 本健康状態申告書は第16回日本性差医学・医療学会学術集会の開催にあたり、新型コロナウイルス感染拡大予防対策として参加者の健康状態を確認することを目的としています。

※ 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。

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。