

※研究集会当日に提出してください

参加同意書

関西障害者歯科臨床研究会
第14回研究集会

記載事項をすべてお読みいただき、枠内すべての事項にチェックとご記入・ご署名が確認できた場合のみ参加可能といたします。事前にご記入の上、会場受付にてご提出ください。

同意できる事項にチェックをつけてください（8か所）

- 本日、来場前に検温を行いました（体温は下枠内に記載してください）
- 過去2週間の健康状態に異常はありません。また参加中も体調変化には十分に留意いたします。
（発熱、咳、のどの痛み、鼻水・鼻詰り、頭痛、下痢・腹痛、強いだるさ、息苦しさ、他の呼吸器症状はありません）
- 過去2週間以内、新型コロナウイルス感染者との濃厚接触はありません。
- 過去2週間以内、入国制限等のある国・地域からの渡航者・在住者との濃厚接触はありません。
- 会場内ではマスクを着用し、咳エチケットを徹底いたします。
- 濃厚接触者となった場合は、接触してから2週間を目安に自宅待機の要請が行われる可能性があることを承諾いたします。
- 万が一参加者内においてクラスターが発生した場合、行政機関や保健所等に対し本同意書記載の連絡先を開示することについて承諾するとともに、追跡調査に協力いたします。
- 混雑時に会場内での入室制限が生じる可能性があることを承諾いたします。その際は会場責任者・会場係員の指示や誘導に従います。

私は本『参加同意書』記載のチェックリストを確認し、項目について順守するとともに、自らの意思にもとづき参加いたします。

来場日	7月10日
本日の体温	度 分（37.5度以上の場合は参加をご遠慮ください）
参加者氏名	（ふりがな： ）
所属先	（都道府県： ）
連絡先電話番号	
参加登録	<input type="checkbox"/> 事前参加登録済 <input type="checkbox"/> 当日参加登録

職種 にチェックをお願いします。

- 歯科医師 医師 薬剤師 看護師 歯科衛生士 歯科技工士
 企業 学部学生、専門学校学生 その他（ ）

- ・ 本同意書は関西障害者歯科臨床研究会 第14回研究集会開催にあたり、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。
- ・ 法令等に基づく開示請求を除き、第三者への開示提供や他目的での利用は行いません。