**第37回日本臨床リウマチ学会　参加申込書・健康確認書**

**所属**

**氏名**

**都道府県**

**参加費（該当するものに✓を入れてください）**

**□　一般・・・・・・・・・10,000円**

**□　メディカルスタッフ・・5,000円**

**□　学生・臨床研修医・・・無料（学生証をご提示ください）**

新型コロナウィルス感染拡大予防対策として、学会場へ来場される際は、健康状態の申告にご協力をお願いいたします。当日は、本件校確認書の持参をお願いいたします。来場の皆様、提出が必須となります。

来場時の状況をご回答ください。該当するものに「〇」を付けてください。

1. 37.5度以上の発熱がある はい・いいえ
2. 咳、咽頭痛、倦怠感、息苦しさ（呼吸困難）がある はい・いいえ
3. 嗅覚異常や味覚異常がある はい・いいえ
4. 同居家族に①②③の症状がある はい・いいえ
5. 新型コロナウィ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日以内に海外へ行った、海外在住者と濃厚接触があった はい・いいえ
7. 来場参加日（該当するすべてに〇を付けてください） 29日・30日
8. 連絡先電話番号 （　　　 - - 　）

※本健康確認書は第37回日本臨床リウマチ学会の開催にあたり、新型コロナウィ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。

※期間中に体調に変化がおありの際には、ご参加をお断りする場合がございますので、第37回日本臨床リウマチ学会運営事務局までご連絡ください。

※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はいたしません。

※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場合がございますことを予めご了承ください。