※来場日初日に提出ください

参加同意書（会場参加者当日提出用）

日本顎口腔機能学会 第69回学術大会

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．ご記入後は参加受付にご提出ください．

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3日以内に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．
（咽頭痛，発熱，咳，倦怠感，他の呼吸器症状はありません．嗅覚異常や味覚異常はありません．）
□過去5日以内に，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3日以内に，海外への渡航歴はありません．
□会場では，こまめな手洗いと咳エチケットに協力いたします．
□濃厚接触者となった場合は，接触してから5日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．
□混雑時には会場内での入室制限や参加・単位登録の時間に変更が生じる可能性があることを承諾いたします．その際は主催会長および会場責任者・会場係員の指示や誘導に従います．

会場内では次の感染対策を実施いたします
・入口ドアの開放および定期的な室内換気を行います．
・会場内備品や設備各所は定期的な消毒を行います．
・受付・会場内係員はすべて検温と健康観察を行い，体調に異常がないことを確認しております．

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	来場するすべての日に☑をつけてください □ 4月22日　□ 4月23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:　）
参加区分	□ 一般　□ 大学院生・研修医　□ 学部学生 □ 名誉会員
所属先	（都道府県:　）
連絡先電話番号	

・ 本同意書は 日本顎口腔機能学会 第69回学術大会が現地開催にあたり、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受けた場合を除き，第三者への開示提供や他目的での利用は行いません．