※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）

一般社団法人 日本老年歯科医学会 第33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2週間以内に，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，こまめな手洗いと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．
・受付各所および会場内座席には十分な距離を確保いたします．
・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『企画参加同意書』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 □6月10日　□6月11日　□6月12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	□事前参加登録済（受付番号：　）　□当日参加登録※

※当日参加登録の方は以下ご記入ください
□正会員（歯科医師・医師）　（会員番号：　）
□正会員（歯科医師・医師以外）（会員番号：　）
□学部学生、専門学校学生、臨床研修歯科医師　□非会員
職種　□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
□管理栄養士　□栄養士　□調理師　□言語聴覚士　□作業療法士　□理学療法士
□社会福祉士　□放射線技師　□臨床検査技師　□ケアマネジャー　□介護福祉士
□教育職員（特別免許含む）　□企業　□その他（　）

・本同意書は一般社団法人 日本老年歯科医学会 第33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．