

# 第12回透析運動療法研究会 登録カード

事務局記入欄

NO. \_\_\_\_\_

ふりがな		職 種	<input type="checkbox"/> 医師・研究者・企業 <input type="checkbox"/> 医師以外の医療従事者 <input type="checkbox"/> 学部学生
ご氏名			
ご所属			
連絡先 ご住所	〒 - (ご所属 ・ ご自宅)		
E-Mail	@		
TEL			

\* 参加者に新型コロナウイルス感染症陽性者が出た場合、地方自治体や保健所から開示要請があった際は、登録内容を提供させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

■ 研究会開催日前の2週間において該当する下記項目に✓を入れてください。

感冒症状（咳、のどの痛み、関節痛、倦怠感、発熱等）は無い	<input type="checkbox"/>
味覚や嗅覚に異常は無い	<input type="checkbox"/>
新型コロナウイルス感染症陽性とされた方と濃厚接触は無い	<input type="checkbox"/>
同居家族や身近な知人に感染が疑われる方はいない	<input type="checkbox"/>
海外への渡航又は海外渡航者との濃厚接触は無い	<input type="checkbox"/>

上記項目に一つでも✓がない場合は現地会場への参加を控えていただき、ライブ配信での参加をお願いします。

※ご協力いただきありがとうございました。