

第 62 回日本心身医学会総会ならびに学術講演会 トリアージシート

以下空欄に必要事項をご記入の上、総合受付(1F 総合受付)または施設入口係員にご提出ください。本シートと引き換えに、ネームストラップをお渡しします。

日付	体温
7/	°C
* 感染拡大地域（海外/緊急事態宣言・まん延防止等重点措置の発令されている地域）への <u>2週間以内</u> の滞在について 有（場所： ） ・無	
氏名／お勤め先	※万が一会場でクラスターが発生した場合に使用させていただきます。
（氏名）	
（お勤め先）	
お電話番号／メールアドレス	※万が一会場でクラスターが発生した場合に使用させていただきます。
（TEL）	
すぐにご連絡がつく番号（携帯電話など）をお願いします。	
（メールアドレス）	
区分	※いずれかに✓を記入してください。
<input type="checkbox"/> 学術総会参加者 <input type="checkbox"/> 共催・出展企業者 <input type="checkbox"/> 主催・運営スタッフ <input type="checkbox"/> その他：	
香川県への宿泊	※いずれかに✓を記入してください。
<input type="checkbox"/> 有（場所： ） <input type="checkbox"/> 無	