

# 体 調 調 査 票

所 属：

---

氏 名：

---

連絡先：

---

連絡先はメールアドレスまたは電話番号をご記入ください。

現地会場にご参加される方は下記必要事項をご記入のうえ、受付にご提出ください。

体温：	℃
発熱、咳、全身倦怠感等の感冒様症状	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
頭痛、下痢、結膜炎、嗅覚障害、味覚障害	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
感染の流行地域への1週間以内の訪問歴	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし
<ul style="list-style-type: none"><li>● 収集した個人情報、目的達成のために利用し、法令に基づく場合または本人の同意がある場合を除き、他に利用及び提供することはいたしません。</li><li>● 参加者に感染者が出た場合における保健所の聞き取り調査への協力をお願いします。</li></ul>	