

第 31 回 NPO 法人日本脳神経血管内治療学会中国四国地方会 検温シート

以下空欄に必要事項をご記入の上、総合受付（3F 大ホール 3B）にご提出ください。本シートと「ネームカード引換券」を引き換えに、ネームカードをお渡しします。

日付	体温
9 / 3	℃
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) 必須 (メールアドレス) 任意	すぐにご連絡がつく番号（携帯電話など）をお願いします。
区分	※いずれかに✓を記入してください。
<input type="checkbox"/> 学会参加者 <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：	