

第 66 回日本呼吸器学会中国・四国地方会/第 60 回日本肺癌学会中国・四国支部学術集会 トリアージシート

日付		体温	
/		℃	
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は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は使用させていただきます。		
(TEL)			
必須	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)			
任意			
区分	※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> 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		
ワクチン接種	※いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。		
	<input type="checkbox"/> 0 回 <input type="checkbox"/> 1 回 <input type="checkbox"/> 2 回 <input type="checkbox"/> 3 回 <input type="checkbox"/> その他 ()		