

第 111 回日本神経学会中国・四国地方会
第 30 回日本神経学会中国・四国地区生涯教育講演会
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（8F ロビー）にご提出ください。

日付	体温
6 /	℃
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 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✓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：	