

新型コロナウイルス感染症検査同意書

(カナ) 氏名 NAME	様	性別	男	女		
		生年月日 BIRTHDAY (mm/dd/yyyy)	S	H	年	月
年齢	歳	電話番号	(日中連絡がとれる番号)			
住所	(現在住んでいるところ) 〒					

※「NAME」と「BIRTHDAY」は、英文の陰性証明書をご希望の場合のみ記入ください。

私は、以下の内容について確認し、了承(☑をお願いいたします。)のうえ、検査を申し込みます。

1 検査(目的・性質)について

- この検査は、新型コロナウイルス感染症の症状がなく、かつ濃厚接触者ではない方で、ご本人が希望する場合に任意で行われるものです。
- 検査の性質上、実際には感染していても結果が陰性になること(偽陰性)や、感染していなくても結果が陽性になること(偽陽性)があります。

(抗原定量検査をお申込みの方)

- 検査の結果が疑陽性値(0.67pg/mL以上 4.00 pg/mL未満)の場合は、陰性又は陽性の結果を確定させるため、当協会の判断にて、同じだ液を使ってPCR検査を追加で行います。この場合、再度ご来会のうえ、PCR検査料金(税込16,500円)をお支払いいただき、検査料金とお引替えに結果通知書をお渡しいたします。

2 関係法令に基づく届け出に必要な個人情報の提供について

- 検査結果が陽性の場合、関係法令に基づき当協会が保健所に届け出るために必要な各種情報について、事前に提供します。

項目	内容
ご職業 (無職の方や学生の方含む)	
住民登録している 住所・電話番号	(現在住んでいる住所と同じ場合は未記入) 〔電話番号〕
保護者氏名 (未成年の場合)	
保護者住所 (未成年の場合)	〔電話番号〕

※ 取得した個人情報は、個人結果票の作成及び通知並びに保健所への届け出以外の目的では使用いたしません。