

新型コロナウイルス感染症検査申込書 (兼) 同意書

(カナ) 氏 名	様	性 別	男 女
		生年月日 (西暦)	年 月 日
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) 〒		
陰性証明書	発行希望 (該当に○)	あり なし	種類 (該当に○) 和文 英文
保護者氏名	(受検者が未成年の場合にご記入ください)		
妊娠の有無	(女性の方のみご回答ください) 現在、妊娠している (はい いいえ)		

【英文の陰性証明書をご希望の場合】

海外出国の目的で陰性証明書をご使用の方は、パスポート (写し) を検査当日ご提供ください。

Name		Date of Birth (yyyy/mm/dd)	
検体採取日時	(西暦) 年 月 日	午前 午後	時 分

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 (発熱、咳、全身倦怠感、頭痛、吐き気、おう吐、下痢、嗅覚・味覚障害など) がない方で、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。

2 陰性証明書発行をご希望の場合

ご来会の際、検査料金とともに陰性証明書発行料 (税込 2,200 円) もお支払いいただきます。万一、検査結果が陽性となった場合は振込みにて返金いたしますので、ご指定の口座を以下に記入ください。

お受取人	(カナ)		
	氏 名		
金融機関名	(該当に○) 銀行 信金 信組 農協	支店名	
預金種目	(該当に○) 普通 当座	口座番号	

3 個人情報の取扱いに関する同意について

(1) 利用目的

新型コロナウイルス感染症検査の個人結果票作成のために使用いたします。

(2) 個人情報の第三者提供について

法律や行政からの求めにより報告が義務付けられている場合を除き、第三者提供することはありません。

(3) 業務委託について

検査後の廃棄物処理業務を外部に委託しています。

(以下にをお願いいたします。)

同意する

同意しない

※ 個人情報の取扱いについてご同意いただけない場合は、当該検査をお受けいただくことができません。

公益財団法人茨城県総合健診協会

個人情報保護管理者 事務局長

TEL : 029-241-0011

〔個人情報の開示等に関するお問合せ先〕

Pマーク事務局（経営企画室） TEL : 029-241-0011（内線 122）