《 同 意 書 》

私は、海外渡航・入国・国内渡航・就業その他を目的とした新型コロナウイルス感染症PCR検査（保険適応外検査）について、

(医師名)　医療法人社団どんぐり会　柏 木 玲 一　から説明を受け、十分に理解しました。

よって、自らの判断で本PCR検査を受けることを希望します。

なお、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により、感染者として保健所の指示に従うことについて同意します。（その際は、別紙“ 茨城県ひたちなか保健所　検体等の提供及び積極的疫学調査のお願い　検体等の提供に関する承諾書”にご署名いただく必要があります。よろしければ、予めこちらの“承諾書”にもご記入ご提出いただけましたら医療法人社団どんぐり会でお預かりさせて頂きます。ご理解ご協力をお願い致します。）

年　　月　　日（　　時　　分）

検査希望者名(自署)：　（お子さんの場合はお子さんのお名前と保護者署名）

住所：