

## <新型コロナウイルス PCR 検査同意書 >

下記項目に承諾されたらチェックしていただき、ご署名お願いいたします。

- 私は新型コロナウイルス感染症 PCR 検査について説明を読み、十分に理解しました。
- 私は現在無症状であり、自らの判断で本 PCR 検査を受けることを希望いたします。
- 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も同意いたします。

### <必要な方>

- 結果の郵送を希望いたします。
- 結果を電子メールで希望いたします。

ご希望の方は、メールアドレスの確認のため下記のメールアドレス宛に、  
件名に氏名を入力し、空メール(メール本文なし)を送信してください。

小松内科クリニック メールアドレス [Komatsunaika1979@gmail.com](mailto:Komatsunaika1979@gmail.com)

- ビジネス目的の渡航に際し、渡航先の国より入国及び滞在に関して PCR 検査での陰性証明を要求される場合に限り診断書の発行を希望いたします。

- 日本語
- 英語

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_時 \_\_\_\_\_分) \_\_\_\_\_体温 \_\_\_\_\_度

検査希望者氏名(自署): \_\_\_\_\_ (男・女) \_\_\_\_\_年齢 \_\_\_\_\_歳

代諾者(保護者/親族等) 氏名(自署): \_\_\_\_\_ 続柄: \_\_\_\_\_

職業 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

連絡先 \_\_\_\_\_ 電子メールアドレス \_\_\_\_\_

小松内科クリニック 医師 小松英嗣