

誓約書 / 同意書

1. 新型コロナウイルス感染症に関する検査で、検査結果が陽性の疑いであった場合には、下記の当検査センター提携の医療機関を受診してください。

■ 提携医療機関「医療法人しだかじ きなクリニック」(沖縄県那覇市首里儀保町 1-26-3)

私は、検査結果が陽性の疑いであった場合には、上記の医療機関を受診することを誓約します。

2021年 月 日

住 所：

連絡先：

氏 名：

2. 検査結果が陽性の疑いとなった方については、検査結果に基づき医療機関での医師の診断が必要となることから、当検査機関から、提携医療機関に対して、検査結果に関する個人情報を提供します。提携医療機関の医師の指導に従い、医療機関の受診、療養をおこなってください。

私は、当検査機関が提携医療機関に対して、検査結果に関する個人情報を提供することに同意します。

2021年 月 日

氏名：

店舗使用欄	(時間) :	(通し番号)
-------	--------	--------

