

## 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下さい。

(①・②いずれかに  を付けてください。)

①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)

②提携医療機関「KIN 放射線治療・健診クリニック」(沖縄県国頭郡金武町字金武 10897 番地)

私は、検査結果が陽性であった場合には、上記で選択した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、当検査センターから、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、当検査センター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：

