様式２ ＜取扱注意＞

血液等曝露後の感染症検査同意書（被曝露者用：通常は医療従事者）

説明日　令和　　　年　　　月　　　日

医療機関等名

説明者

私は、HIV、HBV及びHCV検査を受検することに同意します。

　検査結果については、感染症法に基づいて厳格な守秘義務の徹底を求めます。

同意日　令和　　　年　　　月　　　日

氏名

代理署名

代理続柄