

新型コロナウイルス感染症抗体定量検査（精密検査）同意書

医療法人つばさ会

高座渋谷つばさクリニック 院長殿

私は新型コロナウイルス抗体検査（精密検査）に関して、目的・方法・結果判定に関して説明を受け、2週間以内に発熱・咳嗽・味覚障害などの症状はありませんので、検査を同意いたします。

____年 ____月 ____日

氏名： _____（保護者氏名： _____）

住所： _____

連絡先（携帯電話）： _____

生年月日 _____（ _____ 才）