

PATIENT CONSENT FORM 【患者用同意書】

名前:	
生年月日:	
性別:	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input type="checkbox"/> その他
国:	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 韓国 <input type="checkbox"/> 台湾 <input type="checkbox"/> フィリピン <input type="checkbox"/> 北マリアナ諸島 <input type="checkbox"/> パラオ <input type="checkbox"/> ミクロネシア連邦 <input type="checkbox"/> アメリカ, 地域名記入: _____ (州) <input type="checkbox"/> その他, 地域名記入: _____
到着日:	
出発日:	*到着日から 45 日以内である必要があります。

以下に署名することにより、私、_____ (患者名) は、グアム政府観光局が行っている帰国者を対象とした無料のPCR検査プログラムに参加することに同意します。

私が提供した情報は真実かつ公正なものです。私の名前の法的な綴りは、政府発行の身分証明書と一致しています。私は、航空会社の案内や航空券に記載されている通り、指定された旅行期間内に検査を受ける必要があることを理解しています。また、このプログラムの納期は48時間以内ですが、検査機関によっては遅れる可能性があることを理解しています。私は、グアム政府観光局およびプログラムに参加している医療機関が、検査の遅れや検査結果に起因するいかなる要因、怪我、身体的危害、難儀に対しても責任を負わないことを理解しています。

私は、グアム政府観光局およびプログラムに参加している医療機関が、航空会社の変更料、予約変更料、キャンセル料、およびフライトの手配、宿泊、オプションツアー、予約、賃金の損失など、旅行に関連して発生するあらゆる費用について金銭的な責任を負わないことを承諾しています。

私は、_____ (クリニック) に対し、旅行のための PCR 検査に関連する私の患者情報 (検査結果、パスポート、運転免許証、出生証明書のいずれかのコピー、到着および出発確認書のコピーを含む) を開示することを許可します。

患者/親または法定後見人 の署名

日付

<p>For official use only</p> <p>Result: <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Indeterminate</p> <p><input type="checkbox"/> Copy of passport, driver's license, or birth certificate <input type="checkbox"/> Copy of visitor's arrival and departure confirmation</p>
