

환자 동의서

성명:	
생년월일:	
성별:	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 <input type="checkbox"/> 기타
국가:	<input type="checkbox"/> 일본 <input type="checkbox"/> 한국 <input type="checkbox"/> 대만 <input type="checkbox"/> 필리핀 <input type="checkbox"/> 북마리아나제도 <input type="checkbox"/> 팔라우 <input type="checkbox"/> 미크로네시아 연방 <input type="checkbox"/> 미국(주 명시): _____ <input type="checkbox"/> 기타: _____
관 도착일:	
관 출발일:	*도착일 기준 45 일 이내

아래에 서명함으로써, 본인 _____ 은/는 괌정부관광청의 PCR 검사비 지원 프로그램에 참여하는 것에 동의한다. 본 문서에 작성한 내용은 모두 사실에 기반한다. 정부에서 발급한 증명서와 본 문서에 작성된 이름은 모두 동일해야 하며 철자 확인은 본인의 책임이다. 항공사 안내와 비행기 티켓에 명시된 대로 지정된 여행 기간 내에 검사를 받는 것은 본인의 책임이다. PCR 검사비 지원 프로그램을 통한 검사 및 결과지 수령에 소요되는 시간은 48 시간 내외지만 검사기관에 따라 시간이 지연될 수 있다. 본인(나)는 검사를 늦게 받거나 검사 결과가 불확실한 것으로 인해 발생할 수 있는 반응, 부상, 신체적 상해 또는 고통에 대해 괌정부관광청 및 검사 기관의 책임이 없다는 것에 동의한다.

괌정부관광청 및 PCR 검사비 지원 프로그램에 참여하는 의료기관은 항공 변경 수수료, 재예약 수수료, 취소 수수료 및/또는 항공편 예약, 숙박, 옵션 투어, 예약 또는 임금 손실과 같은 기타 여행 관련 비용에 대해 재정적 책임을 지지 않는다. 본인(나)는 **AMERICAN MEDICAL CENTER** (의료기관)이 여행 기간 동안 실시하는 PCR 검사 결과, 여권 사본, 운전면허증 또는 출생 증명서, 출입국 증명 사본이 포함된 개인 정보를 열람하는 데에 동의한다.

_____ 환자 / 부모 또는 법적보호자 서명

_____ 날짜

For official use only

Result: Positive
 Negative
 Indeterminate

Copy of passport, driver's license, or birth certificate
 Copy of visitor's arrival and departure confirmation