

内部被ばく検査同意書

平成29年 7月 1日

福島県知事 様

「内部被ばく線量評価のための検査は、放射性物質（放射性セシウム）が体内に取り込まれているかどうかを判断するための検査です。検査結果については、皆様にお知らせするとともに、データは福島県が保管します。また、プライバシーに配慮し、名前が分かることがないようにして、検査結果の一部を公表することがあります。」

私は、本検査の結果が県民健康調査の受託先である福島県立医科大学に提供されることに関して、同意したうえで本検査を希望します。

※ 必ず保護者が記入願います。

住 所	〒962-8601 須賀川市 八幡町135番地 牡丹アパート101号
※1 受 検 者 氏 名	(フリガナ) スガリ 太郎 須賀川 太郎 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 生年月日 H22年 6月 1日
※1 保 護 者 氏 名	(フリガナ) スガリ 一郎 須賀川 一郎 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 続柄 [<input checked="" type="radio"/> 父 ・ 母 ・ その他 ()]
連絡先 (電話番号)	090 — 1234 — 5678
※2 整 理 番 号	自宅の電話と携帯電話のうち、 連絡の取りやすい方の番号を 記入願います。 29) — ()

※1 保護者の方が記入してください。

※2 記入は必要ありません。