

# 同意書

福島県知事

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、データは福島県及び県民健康調査の受託先である福島県立医科大学が保管します。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。

このことを理解の上、本検査を受けることを同意いたします。

記入日	年 月 日
現住所	〒
震災時の住所	〒
受検者①	(カナ) (氏名)  (性別) 男・女 (生年月日) 年 月 日 (年齢) 歳
受検者②	(カナ) (氏名)  (性別) 男・女 (生年月日) 年 月 日 (年齢) 歳
受検者③	(カナ) (氏名)  (性別) 男・女 (生年月日) 年 月 日 (年齢) 歳
保護者氏名 (自署)	※受検者に未成年者が含まれる場合は、必ず記入してください。
連絡先 電話番号	
その他	※原子力発電所作業員や除染等作業員が、法令等で義務づけられた検査を受けようとする場合、当該検査を利用することはできません。 <input type="checkbox"/> 法令等により義務づけられた検査を受ける目的ではありません。 <input type="checkbox"/> にレ点を記入してください。

※ 以下について、該当する方は記入してください。

現住所が県外の方で、現在、県内に通勤・通学している方は、勤務先若しくは通学先の所在地を記入してください。

勤務先・通学先 所在地	
検査後、御連絡が必要な場合の宛先が上に記載した現住所と異なる場合は連絡先住所を記入してください。	
連絡先 住所	〒