

# 同意書

福島県知事 様

## 1 検査を受けることについて

内部被ばく線量評価のための検査は、放射性物質（主に放射性セシウム）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あり、障がいのある子どものホールボディカウンターによる内部被ばく検査の対象者及び実施方法について十分に理解・納得し検査を受けることに同意いたします。

## 2 検査結果データについて

検査結果については、受検者の方にお知らせするとともに、そのデータを福島県及び県民健康調査の委託先である福島県立医科大学が保管し、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ることについて、理解の上同意いたします。

記入日	平成 年 月 日
現在の住所	〒
震災時の住所	※現住所と異なる場合にご記入ください。
受検者	(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)	
連絡先(電話番号)	