（様式1）　　発行番号（　　）

（受付印欄）

柏市甲状腺超音波検査事業　同意書（兼）申込書

柏市長　あて

申請日　　年　　月　　日

以下の点に同意しましたので，「柏市甲状腺超音波検査事業」に申し込みます。

	同意チェック欄
・本検査は原発事故による放射線の影響を評価するものではありません。	
・検査結果は現時点の状態であり，将来を保障するものではありません。	
・経過観察又は二次検査となった場合，以降の診療については医師の指示に従います。	
・申し込みにあたり，対象者であるか判断するため，住民基本台帳及び生活保護受給を確認します。	
・検査結果については病院から柏市へ提供されることに同意します。	
・検査結果については（個人が特定されない形で）集計結果を公表をします。	
・甲状腺疾患で現在通院中の方は検査を受けられません。	
・（小さいお子さんの場合）泣いたり，動いたりして検査ができない場合，検査を中止します。	
・中学生以下の方の検査には保護者が付き添います。	

＜注意事項＞
申請時に，次に掲げる書類を提出してください。
・生活保護受給世帯の方である場合は，それを証する書類（保護受給証明書）

（太枠内のみご記入ください）

申請者 （保護者）	フリガナ	
	氏　　名	
	住　　所	〒
	連　絡　先	（日中連絡が可能な電話番号）　　－　　－
	生活保護受給の有無（該当に〇）	無　・　有

対象者 （検査を受ける方）	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	平成　　年　　月　　日

※保健所処理欄（記入しないでください）