

熊本保健科学大学 学長殿

※学生番号(オリエンテーション初日に記入)

同意書

私は「入学手続きのしおり」P.18 の『定期健康診断及びワクチン接種・緊急の血液採取について(ご連絡・お願い)』に記載された内容につき理解し、次の①～⑥の項目を了解した上で同意いたします。

項目	同意する場合○
① 入学後の健康診断にて血液を採取し、麻しん、水痘、風しん、流行性耳下腺炎、HBs 抗原と抗体検査を行うこと。	
② ①の抗体価検査が陰性の場合、ワクチン接種を受けること。	
③ 検査を特定の検査会社に委託する際に学生番号、氏名等を用いて個人の特定を行うこと。	
④ 実習先の医療機関から本検査結果の提出を求められたときには氏名と検査結果等の個人情報を提供すること。	
⑤ 採血(健康診断)時に万一針刺し事故などが発生し、採血業務担当者(採血者)等への対応の必要性がある場合には、HBs 抗原・抗体、HCV 抗体、HIV 抗体の検査を行うこと。	
⑥ 検査結果を個人が特定できない形で整理し、学会発表・論文として報告することがあること。	

2024年 4月 1日

() 学科() 専攻 学生氏名 _____ 印

※リハビリテーション学科の場合は専攻も記入してください

保護者氏名 _____ 印

※ この書類はオリエンテーション時に回収しますので、必ず持参してください