

(別紙様式3)

肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業参加同意書

山形県では、肝炎ウイルス陽性者の方に対するフォローアップ事業を行っています。
フォローアップ事業に参加いただいた場合、最寄りの保健所から、医療機関の受診状況や治療内容を確認させていただきます。

また、必要に応じて電話等で連絡を差し上げる場合があります。

なお、本事業で入手した個人情報につきましては、本事業の中でのみ使用し、その他の目的に用いることはありません。

山形県知事 殿

私は、上記のことについて確認・了承し、肝炎ウイルス陽性者フォローアップ事業への参加に同意します。

令和 年 月 日

氏名（自署）：

性別： 男 ・ 女

生年月日：

年 月 日

電話番号：

— —

住 所：〒 —

【 同意書の提出及び問合せ先 】

〒990-0031 山形市十日町1-6-6

村山保健所 保健企画課 感染症予防担当（TEL 023-627-1117）