

医学部及び医学系研究科の実習に向けた各種ウイルス抗体検査並びに  
その検査結果及びワクチン接種に関する個人情報の取得・利用に関する同意書

医学部長  
医学系研究科長  
保健管理センター所長 殿

私は実習を履修するにあたって各種ウイルス抗体検査を受検すること並びに  
その検査結果及びワクチン接種に関する個人情報について鳥取大学医学部及び  
医学系研究科の実習に関係する範囲内において取得・利用することに同意しま  
す。

令和 年 月 日

(本人)

学生番号 \_\_\_\_\_

氏 名 (自署) \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)

(本人氏名欄が自署の場合、押印は不要です)