篩檢同意書

親愛的家長您好：

因近年來罹患愛滋病年齡層逐漸下降，配合苗栗縣政府衛生局，進行「認識愛滋、支持篩檢」活動，由衛生局所護理人員或醫檢師採血檢驗，全程「免費」，且衛生局所人員將提供相關愛滋病諮詢，本次篩檢採具名保密檢驗，檢驗結果若為陽性，將以密件方式通知相關衛生機關，並提供後續就醫轉介服務，以期早期診斷早期治療。如有任何相關問題，請電洽大湖衛生所 037-991034 找徐年億醫檢師。

請問您是否願意讓貴子弟進行此篩檢呢？班級：_____ 座號：_____ 姓名：_____

同意

不同意(以下資料不用填寫)

受檢人簽章：

身分證(居留證)字號：

出生年月日(西元)：

通訊地址：

聯絡電話：

班級：_____ 座號：_____ 姓名：_____

監護人簽章 _____ 與受檢人關係：_____

通訊地址：

聯絡電話：

中華民國 _____ 年 _____ 月