|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **학교** |  | **코로나-19 진단검사** **동의서** |
| **학과** |  |
| **이름** |  |

|  |
| --- |
| **지역사회 감염으로 인한 코로나-19 확진자 발생 환자 수가 가파르게 증가하고 있습니다. 특히 무증상 감염환자가 급증하고 있어 안전한 병원 환경을 만들기 위해, 무작위 코로나-19 검사를 시행하고자 하오니 협조하여 주시기 바랍니다.**1. 나는 본 검사의 목적에 대해 이해하였습니다.2. 나는 이 검사를 시행하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.3. 이 검사를 통해 양성 결과를 통보 받더라도 병원 측에서 이에 대한 책임을 묻지 않을 것임을 알고 있습니다.4. 나는 이 검사에 대한 동의를 거부할 권리가 있음을 알고 있습니다.5. 고의적인 검사 거부(예: 방역수칙위반)로 인해 병원 및 지역사회에 큰 피해가발생할 경우 확산에 대한 책임은 본인에게 있음을 알고 있습니다.6. 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 1년간 동의서를 보관하는 것을 동의합니다. |

|  |  |
| --- | --- |
| **□ 동의합니다.** | **□ 동의하지 않습니다.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **작 성 일 자 :** | **20 . . .** |
| **검사 대상자 성명 :** | **(서명)** |