

病人同意書

姓名:	
出生年月日:	
性別:	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
國家:	<input type="checkbox"/> 日本 <input type="checkbox"/> 韓國 <input type="checkbox"/> 台灣 <input type="checkbox"/> 菲律賓 <input type="checkbox"/> 北馬里亞納群島邦 <input type="checkbox"/> 帛琉 <input type="checkbox"/> 密克羅尼西亞聯邦 <input type="checkbox"/> 美國, 請註明: _____ (州) <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____
到達日:	
離開日:	*必須在到達 45 天內

在下方簽名，我_____ (病人) 同意參加關島觀光局為回返旅客提供的免費 PCR 檢測項目。我所提供的訊息都是真實且正確的。我明白我的責任是驗證我的名字是否與我的政府簽發身分證件相符。我明白我有責任在航空公司和機票上指定的窗口內進行檢測。我理解這個項目的整備時間是 48 小時內，但可能會依實驗室的不同而有所延誤。我理解關島觀光局，及參與的醫療院所，對於測試的延遲以及不確定的測試結果可能導致的任何反應、傷害、身體傷害或痛苦不承擔責任。

我理解關島觀光局和參與的診所將部隊航班改簽費、重新預訂費、取消費和/或受影響的任何其他旅行相關費用 (如航班安排、房間住宿、自選旅遊、預訂或工資損失承擔財務責任。我授權 **AMERICAN MEDICAL CENTER** (診所) 公布我與旅遊 PCR 檢測相關的病人訊息，包括我的測試結果，我的護照，駕照或出生證明的複印件，我的到達和離開日的確認複印件。

病人簽字 / 父母或法定監護人簽字

日期

For official use only

Result: Positive
 Negative
 Indeterminate

Copy of passport, driver's license, or birth certificate
 Copy of visitor's arrival and departure confirmation