送付される検体につきまして（非感染性検体の確認）

試験番号:

試験名：

本件の検体につきご確認いただき、ご署名をお願いします。

1. 検体採取被験者はHBV・HCV・HIV非感染者であることを血液検査にて確認済みであること。

HBV　[ ] 非感染　　[ ] 未確認

HCV　[ ] 非感染　　[ ] 未確認

HIV　[ ] 非感染　　[ ] 未確認

\*HIVのみ、血液検査での確認が困難と思われる合理的な理由がある場合は、医師の診察をもって、この代用を可能とする。

HIV感染状況が未確認である理由

1. 被験者は麻疹、水痘症、インフルエンザ等の飛沫感染による可能性が高い感染症に、検体採取時に罹患していないことを。

飛沫感染による可能性が高い感染症に　[ ] 感染　　[ ] 非感染　　[ ] 未確認

以上2点につき間違いありません。

年 月 日

ご所属

ご署名