

Notice to Client クライアントへのお知らせ

1. The result of this DNA test is affected by the gestational period, method of sample storage, process and transport. (このDNA鑑定の結果は、妊娠期間、サンプル保管方法、プロセス及び輸送の影響を受けます。)
2. The result can be affected by mutation of individual DNA and contamination during sample collection. (結果は、サンプル採取中の個々のDNAの変異やコンタミネーションの影響を受ける可能性があります。)
3. Due the limitation of current techniques, result can be false positive, false negative or inconclusive for the test. (現在の技術の限界により、結果は偽陽性、偽陰性、または検査において決定的でない可能性があります。)
4. The report will be available within 7-12 working days since received date. (レポートは、検体受領日から7-12営業日以内に提供します。)
5. Since there is insufficient genetic information from the fetus that develops less than 7 weeks, we do not accept any sample less than 7 gestational weeks. (胎児は妊娠7週目以内だと遺伝子情報が不十分であるため、妊娠7週以内のサンプルは受け付けていません。)
6. The following health conditions are inappropriate for the test: pregnancy with 3 or more fetuses, pregnant woman is suffering from tumour disease, toxemia of pregnancy, blood transfusion, born marrow or organ transplant, stem cell therapy. (次の健康状態は鑑定には不適切です。: 3人以上の胎児を伴う妊娠、腫瘍疾患、妊娠の毒血症、輸血、骨髄または臓器移植、肝細胞治療中の場合。)
7. If the process of test is affected by unexpected cause, Health & harmony Biotech Co., Limited may re-collect sample and extend the date of process. (検査過程で予期せぬ原因により影響を受けた場合、Health & harmony Biotech Co., Limited はサンプルを再採取し、検査過程の日付を延長することがあります。)

Informed Consent インフォームドコンセント

1. I authorize Health & Harmony Biotech Co., Limited to use my sample for the purpose of paternity test.  
(私は、Health & Harmony Biotech Co., Limited が父子検査の目的で私自身のサンプルを使用することを認めます。)
2. I agree Health & Harmony Biotech Co., Limited to use the data of my test for research purpose.  
(私は、Health & Harmony Biotech Co., Limited が研究目的のために私の検査データを使用することに同意します。)
3. I provided correct and reliable personal detail for the test.  
(私は、検査のため正確かつ信頼できる個人情報を提供しました。)
4. I am willing to hold all the risk of the test.  
(私は、検査のすべてのリスクを抱えています。)
5. I understand the content of informed consent. I have had the opportunity to ask questions and discuss the capabilities, limitations, and possible risks of the test(s) with my healthcare provider of someone who has designated.  
(私はインフォームドコンセントの内容を理解しています。私は専門医と、検査の能力、限界および可能性のあるリスクについて議論する機会を得ました。)
6. I agree and shall release, indemnify and hold harmless to all of Health & harmony Biotech Co., Limited's officers or Paternity Testing Corporation, employees, advisors, and against any and/or all direct, incidental, special, consequential, indirect or punitive claims, liabilities and /or damages relating to or arising out of in any way to test service.  
(私は、検査を受けるにあたり Paternity Testing Corporation、Health & Harmony Biotech Co., Limited の役員、従業員、顧問を法的訴訟出来ないことに同意します。)

SIGNATURE (署名) : \_\_\_\_\_

DATE (日付) : \_\_\_\_\_

NAME(PRINT) (記名) : \_\_\_\_\_