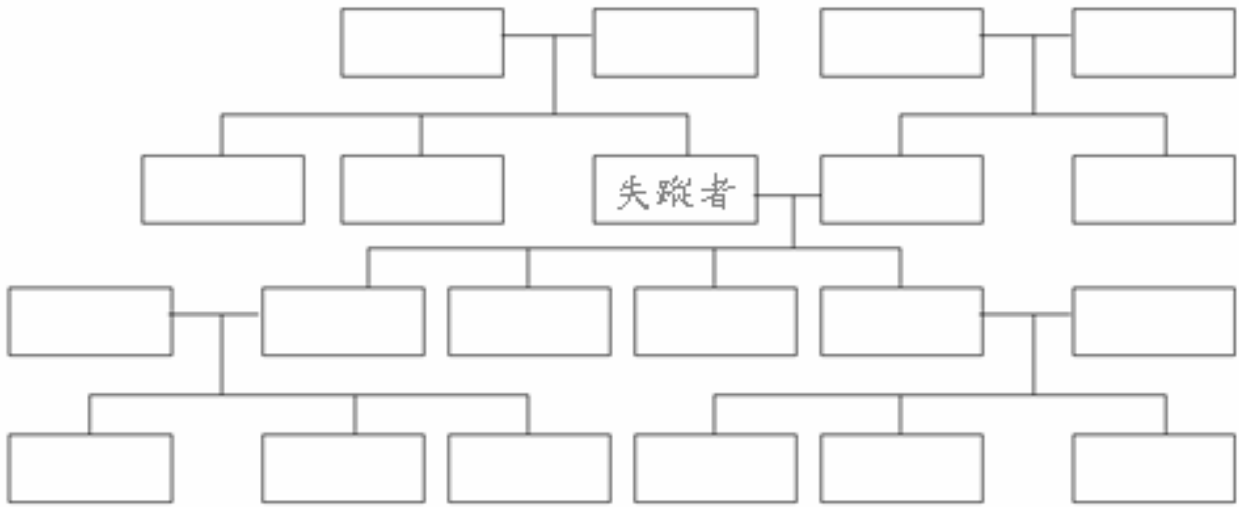


法務部法醫研究所 DNA 鑑定親屬提供檢體同意書

- 一、目的：_____
- 二、採樣單位：_____
- 三、檢體種類：口腔唾液 其他：_____
- 四、採集方法：以無菌之棉棒在乾淨的口腔內雙頰上來回各刮擦五次以上。
- 五、鑑定方法：DNA 鑑定
- 六、檢驗項目：STR、Y-STR、mtDNA 之 DNA 型別。
- 七、機密性：本資料將列為機密處理，並遵守保密之法規與倫理。
- 八、請在下圖家庭族譜上標出失蹤者與家屬之關係位置。



九、若同意提供檢體，並為確保鑑定結果之正確性，請填寫下表格所列個人資料並簽名。

姓名/生日 身分證號碼	輸血	骨髓 移植	口腔癌	嚼食 檳榔	失蹤者 是我的	同意 簽名	檢體編號
/ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> _____		
何時：	何時：	何時：	何時：	多久：			
/ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> _____		
何時：	何時：	何時：	何時：	多久：			
/ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> _____		
何時：	何時：	何時：	何時：	多久：			
/ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> _____		
何時：	何時：	何時：	何時：	多久：			

採樣人：

日期：