

## 申込書

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 1 本人確認

フリガナ

氏名： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

連絡先：(電話番号) \_\_\_\_\_

(E メールアドレス) \_\_\_\_\_

## 2 現在、自覚症状がない（発熱、喉の痛み、体のだるさ等の風邪症状）

 自覚症状がない 自覚症状がある ⇒ 無料検査事業をご利用いただけません

## 3 濃厚接触者ではない

 濃厚接触者ではない 濃厚接触者である ⇒ 無料検査事業をご利用いただけません

## 4 検査利用回数等

(1). 過去 1 か月以内に利用した、無料検査（行政検査を除く）の回数・・・ \_\_\_\_\_ 回

(2). 過去 1 か月以内に無料検査を利用した場合、直近の検査日および検査の種類

・・・ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（抗原定性検査 / PCR 検査等）

※回数・頻度が多い場合には、理由の疎明をお願いすることがあります。

※原則、検査の有効期限内に無料検査事業を再度利用することはできません。

（【検査結果通知書の有効期限】抗原定性検査：検体採取日+1 日、PCR 検査：検体採取日+3 日）

## 5 検査目的

本日の検査の目的について、下記より 1 つ選択(1).  都道府県知事から要請※を受けて、感染不安があるため（県内在住者のみ）

※感染リスクが高い環境にあるなどの理由で感染不安を感じる県民の皆様に対して、新型コロナウイルス等対策特別措置法第 24 条第 9 項に基づき検査受検を要請しています。

(2).  その他 ⇒ 無料検査事業をご利用いただけません

## 6 検査の種類

本日受検する検査の種類を下記より 1つ 選択

抗原定性検査

P C R 検査等

## 7 確認事項 (✓を記入ください)

仮に検査結果が陽性であった場合には、「検査キット配布・陽性者登録センター」への登録を行うか、または医療機関を受診します。

上記項目につき、虚偽\*がないことを証するとともに、本申込書は都道府県から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて同意します。

※ご申告いただいた内容が虚偽であることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほか、都道府県が必要と認める措置を講じる場合があります。

## 担当者確認欄

|   |  |       |         |
|---|--|-------|---------|
| 本人確認の実施   | 無料検査事業における区分   |       |         |
| 確認書類<br><input type="checkbox"/> マイナンバーカード<br><input type="checkbox"/> 運転免許証<br><input type="checkbox"/> 健康保険証<br><input type="checkbox"/> その他<br>( ) | VTP・全員検査等分   | 一般検査分 | 無料検査対象外 |
|   | 日付 (飲食・イベント等) :<br>書類の種類 (該当に○) :<br>チケット・予約票・切符・<br>申立書・その他 ( ) |       |         |
| 実施する検査の種類 ※いずれかに○<br>抗原定性検査 ・ P C R 検査等   | (その他：回数疎明の内容や、有効期限内の受検理由等を記入)                                    |       |         |