

No. \_\_\_\_\_

### 検査申込書

令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： \_\_\_\_\_ (フリガナ \_\_\_\_\_)

現住所： \_\_\_\_\_

性別： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳)

連絡先：(電話番号) \_\_\_\_\_

(Eメールアドレス) \_\_\_\_\_

※現在の居住地と住民票の住所が異なる場合は、現在の居住地を記載してください。

2 基本事項 (検査を受検する場合はいずれにも✓が必要です)

ア  体調不良ではない (症状がある場合、速やかに医療機関を受診してください)

イ  保健所又は陽性者本人等から濃厚接触者として連絡を受けていない

(保健所から連絡があった方は、保健所の指示に従ってください)

3 検査目的 (いずれかに✓を記入ください)

ア  飲食、イベント、旅行・帰省等を行うに当たり、必要であるため (イに該当する場合を除く) 【原則として抗原定性検査により検査実施】

(アを選んだ場合は✓が必要です)

検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票当の提示又は申立書の提出を行った →4へ

イ  感染不安があるため ※検査できる期間が決められています →5へ

4 3でアを選んだ場合のみ記入ください

(1) ワクチン接種状況 (いずれかに✓を記入ください)

ア  3回目接種が未了である

イ  3回目接種済であるが検査結果を求められる等検査を受検する必要がある

(イを選んだ場合は✓が必要です)

3回目接種完了者であっても検査を受検する必要がある、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った

(2) PCR検査利用希望の有無 (いずれかに✓を記入ください)

ア  あり      イ  なし

(アを選んだ場合、以下のいずれかに✓を記入ください。どちらにも当てはまらない場合、PCR検査は受検できません)

ア-1  検査申込者が10歳未満である

ア-2  高齢者(65歳以上)や基礎疾患を有する者等との接触が予定されている

(ア-2を選んだ場合は✓が必要です)

高齢者や基礎疾患を有する者と接触する旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った

5 3でイを選んだ場合のみ記入ください

希望する検査（いずれかに✓を記入ください）

ア  抗原定性検査（検査後、15分程度で結果が判明します。）

イ  PCR検査等（検査結果は、翌日以降に判明します）

6 検査利用回数

1ヶ月以内の無料検査（行政検査を除く）の回数 \_\_\_\_\_ 回

理由（1ヶ月以内に3回以上検査を受ける場合に記入） 例）県外に出張するため。

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、本申込書は県から求めがあった場合には県に提出されることがあることについて同意します。また、県が必要と認め、本事業の適正執行を確保するため、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・生年月日の情報に基づき、市町村に照会を行ったときは、市町村がワクチン接種歴の有無について回答することがあることに同意します。

※1：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、県が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無については、別途自治体において確認する場合があります。

※2：次回の検査申込に当たっては、PCR検査等の結果通知書等の有効期間が3日間とされていること及び抗原定性検査の結果通知書等の有効期間が1日間とされていること等も踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込を行うようお願いいたします

※当該検査申込書を受付けた事業所で記入

担当者確認欄（事業所名 \_\_\_\_\_ ）

本人確認の方法	無料検査事業区分（該当区分のいずれかに○）		
（確認した証明書に○） ・マイナンバーカード ・運転免許証 ・健康保険証 ・学生証 ・その他（ _____ ）	①ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査等定着促進事業（無料） （3でアを選んだ場合）	②感染拡大傾向時の一般検査事業（無料） （3でイを選んだ場合）	対象外（有料） （左記のいずれにも該当しない場合）
①の場合 <確認書類>（該当するものに○） ・チケット ・予約票 ・切符 ・申立書 ・その他（ _____ ） <行う活動の日付> _____ 年 _____ 月 _____ 日			
実施した検査の種類（該当のいずれかに○）		PCR検査	・ 抗原定性検査
検査結果（該当のいずれかに○）		陰性	・ 陽性 ・ 判定不能