

### 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： \_\_\_\_\_

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 (✓を記入ください)

- 1.  体調不良ではない  
(症状がある場合は、速やかに医療機関を受診してください。)
- 2.  保健所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 希望する検査 (いずれかに✓を記入してください。)

- 1.  抗原定性検査 (検査後、15分程度で結果が判明します。)
- 2.  PCR検査等 (検査結果は、翌日以降に判明します)

4 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) 感染不安があったため (1回)

出張に際して、訪問先の企業に陰性の検査結果を求められたため。(2回)

5 検査目的 (✓を記入ください)

本日の検査の目的について、下記より1つ選択

- 1.  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 (2.に該当する場合を除く)

※行う活動の概要・日付が分かる書類 (予約票など) の提示が必要です。

提示できる書類がない方は、申立書に記入の上、提出をお願いします。

- 2.  感染不安があるため ※検査できる期間が限定されます。

(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に受診します

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。

※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、都道府県が必要と認める措置を講じる場合があります。

※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

担当者確認欄 ※当該検査申込書を受付けた事業所で記入

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○）		
（確認した身分証明書に○） ・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 （ ）	<b>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）</b> （5で「1.」を選んだ場合）	<b>②感染拡大傾向時の一般検査事業（無料）</b> （5で「2.」を選んだ場合）	<b>対象外（有料）</b> （左記のいずれにも該当しない場合）
<①の確認書類> 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>			
検査結果（該当のいずれかに○） 陰性 ・ 陽性 ・ 判定不能			