No.

検査申込書

＜注意事項＞申込書の記入前に必ず確認してください。

|  |
| --- |
| ・　無料検査の対象となるのは、健康上の理由でワクチン接種が受けられない方や年齢が12歳未満の方（無症状の方のみ）に限られます（感染拡大傾向時に県知事から検査受検の要請があった場合を除く）。  ・　申込みにあたっては、身分証明書等により本人確認を行います。  ・　記載内容に虚偽が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自治体において確認する場合があります。  ・　次回の検査申込みにあたっては、ＰＣＲ検査等の結果通知書の有効期限が３日間とされていること及び抗原定性検査（簡易キット検査）の有効期限が１日間とされていることを踏まえ、前回検査から経過した日数等を考慮の上、申込みを行うようお願いします。 |

１　本人確認

申 込 日：　　　　年　　　　月　　　　日　 　　　：

　　住　　所：〒

　　性　　別：　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：

　　電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：

２　利用回数

　　過去に利用した無料検査の回数：　　　　回　　　左のうち、直近１ヶ月で利用した回数：　　　　回

　※ 回数・頻度が多い場合（直近１ヶ月で３回以上）には、理由の疎明をお願いします。なお、行政検査の回数は除きます。

３　検査目的（☑を記入してください）

　1.□　イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動を行うにあたり、必要であるため（ワクチン・検査

パッケージ等）（※2.に該当する場合を除く）

　2.□　県知事から要請を受けて、感染不安があるため

　3.□　その他　　→　　無料検査の対象にはなりません

４　ワクチン接種の有無（☑を記入してください）

　（３で「1.」を選んだ場合のみ記入）ワクチンを２回接種済みですか

　　□　はい　　　→　　無料検査の対象にはなりません

　　□　いいえ

５　４で「いいえ」を選んだ場合、その理由（☑を記入してください）

　1.□　健康上の理由（基礎疾患、副反応の懸念など）

　2.□　12歳未満である

　3.□　その他（自己の意思等）　　→　　無料検査の対象にはなりません

６　確認事項（確認の上、☑を記入してください）

　　□　**仮に検査結果が陽性であった場合には、必ず電話予約の上、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、本申込書は県から求めがあったとき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。

＜検査実施事業者確認欄＞　※ 検査申込み者は記載しないでください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人確認の実施 | 無料検査事業における区分 | | 回数疎明を求めたときの理由 |
|  | ＶＴＰ等分  （５で「1.」又  は「2.」を選択） | 一般分  （３で「2.」を  選択） | （直近１ヶ月で３回以上の無料検査を利用した際に、理由を聞き取って記載） |
|  |  |