

## 申 込 書（太枠内を記入ください）

### 1 本人確認（免許証または健康保険証をご用意ください）

氏名:		フリガナ:		本人確認書類と同じ住所を記入 西暦で記入
住所:	〒 石川県			
性別:		生年月日:	年 月 日	
連絡先:(電話番号)				
結果報告書発送(Eメールアドレ	@			記載がない場合は郵送になります

### 2 検査利用回数

過去に利用した、無料検査（行政検査を除く）の回数

※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。

回

### 3 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.  イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動を行うに当たり、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.  都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
3.  その他

### 4 ワクチンの接種の有無(✓を記入ください)

3で「1.」を選んだ場合、ワクチンを2回接種済みか

- はい  
 いいえ

### 5 4で「いいえ」を選んだ場合、その理由(✓を記入ください)

1.  12歳未満である
2.  健康上の理由
3.  その他(自己の意思等)

(確認事項)

- 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(✓を記入ください)
- 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。また、都道府県が必要と認め、ワクチン接種の有無について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(✓を記入ください)

※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。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

### 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		
	VTP等分	一般分	対象外
	(5で「1.」または「2.」を選んだ場合)	(3で「2.」を選んだ場合)	(左記のいずれにも該当しない場合)

(その他:回数疎明を求めた際等に記入)

--