

申込書 (太枠内を記入ください) ※別紙を読み理解した上で申し込みます

1 本人確認 (免許証または健康保険証をご用意ください) / 結果通知方法

氏名			
フリガナ			
住所	〒	(本人確認書類と同じ住所を記入)	
性別	男	女	(いずれかに○)
生年月日	年	月	日 (西暦で記入)
連絡先	(電話番号)		
Eメール	@	(結果通知書を受信可能なアドレス)	
結果通知方法	<input type="checkbox"/> 速報TEL	<input type="checkbox"/> メール通知	(√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 ※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。

3 検査目的 本日の検査の目的について、下記より1つ選択

- (√を記入)
- 1 都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
- 2 その他

4 確認事項 必ずご一読いただき、√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の受診若しくは「陽性者登録・フォローアップセンター」に電子申請システムにて登録します。
- 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)

本人確認の実施	無料検査事業における区分	
	一般分 (3で「1」を選んだ場合)	対象外 (3で「2」を選んだ場合)
結果通知方法		
実施する検査の種類 (いずれかを○で囲む) P C R 検査等 ・ 抗原定性検査	その他 (回数疎明、等)	

以下の場合^は無料検査の対象外です

(別紙)

勤務先や学校等からの指示

事業所の福利厚生などの一環として無料検査を利用することは認められません。例えば、会社における感染対策として検査を実施するような場合は、事業主の費用負担により行ってください。

有症状・濃厚接触者の方

医療機関の受診を推奨いたします。また、陽性者や濃厚接触者となった場合でも、適切な感染対策を行いながら一定の待機期間が経過した後は、他人に感染させるリスクは低く、待機解除後の確認のための検査は対象外となります。

県外在住の方・旅行で来県された方など

石川県民（石川県に居住している方）を対象にした検査です。県外在住の方は、有料の検査をご活用ください。

その他

申込書の不備（コピー不可、自筆でないもの、虚偽記載など）が認められた際はお断りする場合があります。受検回数が多い場合は理由をお尋ねします。理由が明確でないとお断りする場合があります。

自己検査・無料検査で「陽性」の結果が出た方へ

R4.12.7(水)～

1.概要

- 検査結果が陽性の方は、**陽性者登録・フォローアップセンター**での診断を受けることで、医療機関を受診せずに自宅療養していただけます。**※お薬は出ませんのでご注意ください。**



2.フロー図

