

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）/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) -----

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| 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) | |