

別紙2 (オモテ)

No.	
申込日	令和 年 月 日

検査申込書

<無症状の方が対象です>

○本人確認

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名			
住所			
電話番号	( )	生年月日	西暦 年 月 日
Eメールアドレス	@		

○検査利用回数

回

○本日受検する検査 …いずれかに○を付けてください

PCR 検査等  抗原定性検査キット

- ・直近1か月の間に利用した無料検査の回数を記入してください。
- ・回数・頻度が多い場合には、理由をお聞きすることがあります。

1. 本日の検査目的 …いずれかに○を付けてください

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 ※以下2に該当する場合を除く	【参考：国の制度上の区分】 ・ワクチン・検査パッケージ等の検査 ・民間の自主的な取組による検査
2	感染に不安があるため	【参考：国の制度上の区分】 ・感染拡大傾向時の一般検査
3	その他 具体的な目的：	

2. ワクチン接種歴 (上記で「1」を選んだ場合) …いずれかに○を付けてください

1	ワクチン2回接種済み
2	ワクチン1回接種又は未接種

3. ワクチン未接種等の理由 (上記で「2」を選んだ場合) …いずれかに○を付けてください

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)

※ 基礎疾患、副反応 (専らワクチン接種に伴う副反応である注射部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱など通常想定される範囲を超えるような副反応) の懸念など

以下の事項をお読みいただき、✓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医療機関を受診します。
- 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場合等に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、本事業の適正な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。
- 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、県が必要と認める措置を講じる場合があります。