第２号様式（感染拡大傾向時等版）

No.

この申込書は、

①　県内在住の方が知事からの受検の要請があった場合に、受けていただく検査に使用するものです。

※発熱やせき等の症状がある方や、濃厚接触者の方は無料検査の対象外です。

検　査　申　込　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

１　検査目的

　　本日の検査の目的について、下記に✔を記入ください。

※会社や学校等が事業上または福利厚生等の一環として従業員に指示して

　　　検査を受けさせる場合は、無料検査の対象外です。

□感染不安があるため※令和3年12月28日在、

　知事からの要請はありません

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

今回の検査が、４回目以上の場合、理由を記載してください。

理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

３　確認事項

　　検査を受ける前に下記の事項を読み、確認の上、✔を記入ください。

　□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、市町に照会を行ったときは、市町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。

　※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、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検体採取日から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検体採取日から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します。

**（次ページも記入ください）**

４　検査受検者情報

住所：

氏名：

性別：　　　　　　　　　　　生年月日　　 　　年　　　　月　　　　日

連絡先：（電話番号）

（Eメールアドレス）

-----------------以下、事業所担当者確認欄-----------------

|  |  |
| --- | --- |
| 本人確認の実施 | 無料検査事業における区分 |
|  | 一般検査分 | 対象外（県外在住者や有症状者、濃厚接触者等） |
|  |  |
| 実施する検査の種類：（該当のいずれかに〇）ＰＣＲ検査等・抗原定性検査 |
| 検査結果（該当のいずれかに〇）陰性　　・　　陽性　　・　判定不能 | その他：回数疎明を求めた際等に記入 |