

身分証明書の提示をお願いします。

No. _____

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申 込 書

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：(電話番号) _____

(E メールアドレス) _____

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

- 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・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等）（2.に該当する場合を除く）【概要・日付が分かる予約票等の提示又は申立書の提出】
- 都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
- その他

(確認事項)

□仮に検査結果が陽性であった場合には、速やかに受診・相談センターに連絡し、案内された医療機関を受診します。また、保健所から連絡することがあります (✓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、本申込書及び検査結果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。 (✓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

※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 (3で「1.」を選んだ場合)	一般分 (3で「2.」を選んだ場合)	対象外 (左記のいずれにも該当しない場合)
	*日付： _____ *書類の種類 (該当にマル)： チケット・予約票・ 切符・申立書・ その他 ()		
(その他：回数疎明を求めた際に記入)			