

弊社記入欄

申込書

・同じアドレスに通知するお客様ID No.⇒	<input type="checkbox"/> LINE <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 電話
	<input type="checkbox"/> その他の対応
	<input type="checkbox"/> 受信確認 担当者 _____

1 本人確認

氏名：
ふりがな

住所（現住所）：

性別： 生年月日：

連絡先（昼間連絡のとれる携帯番号等）：

(Eメールアドレス※)：

※LINEの方は、ニックネームを記入してください。 _____

2 検査利用回数

過去に利用した、ワクチン・検査パッケージ等の無料検査（行政検査を除く）の回数
_____回

※1か月に3回程度を上回る場合は下記に理由を記入してください。

理由： _____

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

（※下記の2つ以外の目的は無料検査の対象外です）

- イベント・飲食・旅行・帰省等の社会経済活動を行うに当たり、必要であるため
（ワクチン・検査パッケージ等）（2.に該当する場合を除く）
- 知事から要請を受けて、感染不安があるため

4 ワクチンの接種の有無（✓を記入ください）

3で「1.」を選んだ場合、ワクチンを2回接種済みか。

 はい いいえ

5 4で「いいえ」を選んだ場合、その理由（✓を記入ください）

1. 12歳未満である
2. 健康上の理由
3. その他（自己の意志等）

（確認事項）

仮に検査結果が陽性であった場合には必ず医療機関を受診します。また、受診状況について、県から問い合わせがあった場合には、受診の状況やその結果を報告することを誓約します。（✓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。また、都道府県が必要と認め、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（✓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。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 （5で「1.」または「2.」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）
（その他）			