

申込書

令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：(電話番号) _____

(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

- 都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
(感染状況が拡大し、知事が必要と認めた場合に限る)
- その他

(確認事項：✓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又は「総合案内窓口」に相談するか、秋田県新型コロナウイルス感染症検査キット配付・陽性者登録センターへ陽性者登録申請します。

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。

※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します

担当者確認欄

本人確認の実施	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()
無料検査の区分	<input type="checkbox"/> 一般検査分 (3. 検査目的で「1.」を選んだ場合 ※ <u>居住地が秋田県内</u> である必要があります ※住所が記載された身分証明書等 (免許証、保険証など) で確認
	<input type="checkbox"/> 対象外 (上記に該当しない場合)
	PCR検査等 ・ 抗原定性検査 (該当に○)
実施する検査の種類	
その他 (回数疎明を求めた際等に記入)	