

【感染拡大傾向時用】

申込日	年 月 日
事業者名	ひらい内科消化器科

検査申込書（兼同意書）

1	検査目的 (該当に✓を記入)	<input type="checkbox"/> ① イベント・飲食・旅行・帰省等の社会経済活動を行うにあたり、必要であるため（ワクチン・検査パッケージ等） <input checked="" type="checkbox"/> ② 福井県知事から要請を受けて、感染不安があるため <input type="checkbox"/> ③ その他（具体的に記入： _____）			
2	※1で①を選択した場合 ワクチン接種の有無について	ワクチンを2回接種済みですか？ ※「はい」の場合、本検査は受検できません。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
3	※2で「いいえ」を選択した場合 ワクチンを接種していない理由について (該当に✓を記入)	<input type="checkbox"/> ① 12歳未満である <input type="checkbox"/> ② 健康上の理由（基礎疾患や副反応の懸念のためワクチンを接種できない等） <input type="checkbox"/> ③ その他（自己の意思等）			
4	同意事項 (同意後✓を記入)	<input type="checkbox"/> 仮に検査結果が陽性であった場合は、医療機関を受診します。 <input type="checkbox"/> 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は福井県から求めがあった場合には福井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、福井県が必要と認め、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。 <small>※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福井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。</small> <small>※次回の検査申込みにあたっては、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限が1日間とされていることを踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込みを行うようお願いいたします。</small>			
5	これまでに 検査を利用した回数	回	※月3回以上の方は理由を記入してください。 (_____)		
6	氏名		性別		生年月日
	住所	〒□□□-□□□□			
	電話番号	□□□□□□□□□□			
	メールアドレス	_____@_____			

----- 以下はスタッフが記入します -----

【担当者確認欄】 ※感染拡大傾向時において知事が感染不安者に検査を要請する期間は、事務局から別途お知らせします。

受付日	本人確認の実施	無料検査事業における区分（いずれかに○を記入）			検査結果
	運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他 (_____)	ワクチン・検査パッケージ等分 3で①または②を選択した場合	感染拡大期の一般検査分 1で②を選択した場合	無料検査の対象外 左記のいずれにも該当しない場合	陰性
					陽性