

## 申込書

作成日：令和 年 月 日

## 1 本人確認

(フリナガ)

氏名： \_\_\_\_\_

〒

住所： \_\_\_\_\_

生年月日 (西暦)： \_\_\_\_\_

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①～③より1つ選択

- ①  飲食、イベント、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) 【原則として抗原定性検査により検査実施】

【検査目的】※該当する項目全てに✓

- 上記活動で3回目接種者を含めて全員検査を求められている。  
 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動を予定している。  
 その他特段の事情がある。  
 上記のいずれにも該当しない。

【ワクチン接種状況】※いずれか一つに✓

- 3回目接種未了である  3回目接種済みである

【年齢確認】※10歳以上の場合「はい」 10歳未満の場合「いいえ」

- はい  いいえ

- ②  感染拡大の傾向が見られる場合に、愛知県知事が必要と認める期間であり、愛知県民で感染不安があるため

- ③  その他

(確認事項)

- 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します。
- 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・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。
- ※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	無料検査事業における区分		
	VTP・全員検査等分 (3で「①」を選んだ場合)	一般分 (3で「②」を選んだ場合)	対象外 (左記以外の場合)
(その他：回数疎明を求めた際等に記入)			

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

署名

---