

## 福島薬剤師会新型コロナ抗原定性検査申込書

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) \_\_\_\_\_

## 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

※回数・頻度が多い場合には、理由の疎明をお願いします。

## 3. 検査目的 下記の①または②より選択し、✓を記入ください

①  感染不安があるため（福島県知事の要請に基づく検査）

県知事の検査の要請は全県在住者に出ています

②  会社や学校等に提出する為 → 無料対象外

各部署の福利厚生費で検査をお願いします。

③  その他（具体的に記載） → 無料対象外**(確認事項)**

※すべての申込について、下記を確認・同意いただき、✓を記入してください。

- 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関若しくは受診・相談センターに連絡の上受診又は福島県陽性者登録センターに連絡します。 その場合、移動については、周囲に感染させないようにマスクを着用し、公共交通機関の利用を避けます。
- 感染している可能性を否定しているものではないため、引き続き感染予防策（3密回避、マスク着用、手指消毒、喚起）を徹底します。
- 無料検査の結果は、受検者が新型コロナウイルス感染症の患者であるかについての診断結果を示すものではないことを理解しています。

**裏面に続く**

□ 勤務先や学校からの指示による受検ではありません。(感染者や濃厚接触者であった方が、療養・待機期間終了後に出勤・登校するにあたり、勤務先や学校に検査結果を提出する必要はありません。特に必要な場合は、各企業等の費用負担により検査を実施するもので、無料検査の対象とはなりません。)

□ 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は福島県に提出されることについて同意します。また、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記入の氏名・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。

※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、福島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。

ここまで記入してください

①の感染不安者は本用紙・身分証明書を、②のワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等は本用紙・身分証明書・経済社会活動の概要が分かる書類をお持ちになり受付までお越しく下さい

薬剤師会担当者確認欄

| 本人確認の実施                                  | 無料検査事業における区分         |                  |
|--|----------------------|------------------|
| 運転免許証                                    | 一般検査事業<br>(3で「①」の場合) | 対象外<br>(左記以外の場合) |
| MNカード<br>保険証類                            |                      | 対応不可<br>他の施設にて対応 |
| 実施する検査の種類：<br>抗原定性検査                     | その他：回数疎明を求めた際等に記入    |                  |
| 実施事業者（薬局・医療機関等）名<br>福島薬剤師会福島市保健福祉センター検査場 | 検体採取日<br>年 月 日       |                  |