

Timer	陰 陽
-------	-----

No. _____

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）

会社提出等の不正検査が報告されているため4月16日より
電話で報告のみとさせていただきます。

感染不安検査の方は裏面に続く

② 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）

報告方法について選択してください

(1) メールで報告(記載ボードの裏面のQRコードを読んでメール送信)

(2) 指定時間までに取りに来る（土曜18:15まで・日曜12:15まで）

検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票等の提示又は
申立書の提出を行う。

ワクチン接種状況について（選択後裏面へ）

3回目接種が未了である。

3回目接種済みであるが、【対象者全員検査等】【高齢者や基礎疾患を有する者等
との接触を伴う活動】に際して検査結果を求められており、3回目接種完了者
であっても検査を受検する必要がある、その旨を説明する書類等の提示又は申
立書の提出を行う。

ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等の方は裏面に続く

(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を受診します。

□勤務先や学校からの指示による受検ではありません。

□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。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。

※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いたします。

※3：福島薬剤師会の研究発表で個人情報を除いたデータを利用する場合があります。

ここまでの記入です。担当者が身分証明書の確認に来るまでお待ちください

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 MNカード 保険証類	VTP・全員検査等「定着促進事業」分 (3で「①」の場合)	「一般検査事業」分 (3で「②」の場合)	対象外 (左記以外の場合)
	※日付： _____ ※書類の種類： チケット 予約票 切符 申立書 その他 ()		対応不可 他の施設にて対応
実施する検査の種類： 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 福島薬剤師会 福島市中央市民プール検査場	検体採取日 年 月 日		