

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) _____

 家族等の場合、まとめて代表者に連絡を希望（ _____ 様まで）**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）**感染不安検査の方は（確認事項）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） 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（3回摂取であれば、今回の検査は原則必要なし）

 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（確認事項）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、医療機関または受診・相談センターに連絡し、速やかに受診します。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。

- 仮に検査結果が陰性であった場合も、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。
- 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半明した場合、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。

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てください

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	VTP・全員検査等「定着促進事業」分 (3で「②」の場合)	「一般検査事業」分 (3で「①」の場合)	対象外 (左記以外の場合)
MNカード	※日付： _____		対応不可
保険証類	※書類の種類： チケット 予約票 切符 申立書 その他 ()		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保健福祉センター検査場	検体採取日 年 月 日		
:	口頭 メール 文書 電話（連絡済 ・ つながらず ・ 留守電）		
:	口頭 メール 文書 電話（連絡済 ・ つながらず ・ 留守電）		