

身分証明書の提示をお願いします。

No. _____

検査日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査： PCR 等 ・ 抗原定性

申 込 書

1 本人確認

フガナ

氏名： _____

住所： _____

性別： _____

生年月日： _____

連絡先：(電話番号) _____

※PCR 検査希望の場合

(E メールアドレス) _____

※メールアドレス記載の際は、「0 (ゼロ)」「o (オー)」や「l (エル)」「I (アイ)」「1 (数字のイチ)」の違いや、「- (ハイフン)」「_ (アンダースコア)」の違い等のほか、大文字・小文字の区別をお願いします。当院からは Gmail (kushima.munisipal.hospital@gmail.com) で通知する予定ですので、メール受信拒否設定等をご確認ください。円滑なメール通知にご協力をお願いします。

2 検査利用回数

過去に利用した、宮崎県実施の無料検査（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】
2. 都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
3. その他

※裏面もご確認ください。

串間市民病院

4 3で「1.」を選んだ場合は、以下に該当する場合には☑を記入ください。

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

【ワクチン接種状況】※いずれか1つに☑を記入ください。

□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た場合等、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旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。

【PCR検査等利用理由】（該当する場合のみ）※いずれか1つ

□検査申込者が10歳未満であること

□高齢者や基礎疾患を有する者等との接触が予定されており、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。

(確認事項) ※確認後、☑をご記入ください。

□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。

□上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書及び検査結果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・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（✓を記入ください）。

※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		
確認した身分証明書等 ・マイナンバーカード ・運転免許証 ・健康保険証 ・その他 ()	VTP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)
	*日付： _____ *書類の種類： チケット・予約票・切符・申立書・その他 ()		
(実施する検査の種類)	(その他：回数疎明を求めた際に記入)		
PCR検査等 ・ 抗原定性検査			