

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

KT： _____ P： _____ SPO2： _____

ID NOW ・ Smart Gene ・ 抗原

申 込 書

1 本人確認

フリガナ

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. 都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
2. その他

※裏面もご確認ください。

串間市民病院

(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若しくは受診・相談センターに連絡の上受診又は陽性者登録センターで陽性者登録（65歳未満でかつ基礎疾患のない方）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。

※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。

※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 ()	一般分 (3で「2.」を選んだ場合)	対象外 (左記以外の場合)
(実施する検査の種類) PCR検査等 ・ 抗原定性検査		(その他：回数疎明を求めた際等に記入)