

検査申込書（兼同意書）

申込日	2022 年 月 日
事業者名	福井中央クリニック

1	検査目的 (該当に✓を記入)	☐ ① 飲食、イベント、旅行・帰省等の社会経済活動を行うにあたり、 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） 【原則として抗原定性検査により検査実施】 ☐ ② 福井県知事から要請を受けて、感染不安があるため ☐ ③ その他（具体的に記入： ）					
	1で①を選んだ場合、 該当項目に✓を記入	☐ 検査の目的である社会経済活動の概要・日付が分かる予約票等の提示又は申立書の提出を行った。 【ワクチン接種状況】※いずれか1つ ☐ 3回目接種が未了である。 ☐ 3回目接種済であるが、 ・ 対象者全員検査等（飲食、イベント等の利用時に陰性の検査結果が必要） ・ 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、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った。 【PCR検査等利用理由】（PCR検査等の利用を希望する場合）※いずれか1つ ☐ 検査申込者が10歳未満である。 ☐ 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。 ※感染状況や事業者によっては、PCR検査を実施していない場合があります。					
2	同意事項 (同意後✓を記入)	☐ 仮に検査結果が陽性であった場合は、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、本申込書は福井県から求めがあった場合には福井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、福井県が必要と認め、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、市町に照会を行ったときは、市町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。 ※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井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。 ※次回の検査申込みにあたっては、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限が1日間とされていることを踏まえ、前回の検査から経過した日数等を考慮の上、申込みを行うようお願いします。					
3	これまでに 検査を利用した回数	回	※月3回以上の方は理由を記入してください。 ()				
4	氏 名			性別		生年月日	
	住 所	〒□□□ - □□□□					
	電話番号	□□□□□□□□□□					
	メールアドレス	@					

----- 以下はスタッフが記入します -----

【担当者確認欄】 ※感染拡大傾向時において知事が感染不安者に検査を要請する期間は、事務局から別途お知らせします。

受付日	本人確認の実施	無料検査事業における区分 (いずれかに○を記入)			実施する 検査の種類	検査結果
	運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他 ()	ワクチン検査 パッケージ、対象者 全員検査等分	感染拡大期の 一般検査分	無料検査の対象外	PCR 検査等 ・ 抗原定性検査	陰性 陽性
		1 で①を選択した場合	1 で②を選択した場合	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 ()				