

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 福井県知事から要請を受けて、感染不安があるため ☐ ② その他（具体的に記入： ）				
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、医療機関もしくは受診・相談センターに連絡の上、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。 ※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。 ※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いたします。				
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】

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 ()	感染拡大期の一般検査分	無料検査の対象外	PCR 検査等	陰性(-)
		1 で①を選択した場合	1 で②を選択した場合	抗原定性検査	陽性(+)