入国者の自宅待機期間短縮のための検査申込書兼同意書

Fax:0776-24-2467

【申込書】

申込日	令和　　年　　月　　日		
検査希望日	令和　　年　　月　　日		
ふりがな		性別	
氏名		男　・　女	
生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日		
日中の連絡先（電話番号）			
申請者の住所	〒　　ー		
勤務先名		勤務先の電話番号	

【希望する検査方法】
（いずれか☐に✓）

【 ☐ PCR検査 】

☐検査料（結果通知書付き）（25,000円）
☐陰性証明書付き（28,000円）

【 ☐ 抗原定量検査 】

☐検査料（結果通知書付き）（6,000円）
☐陰性証明書付き（9,000円）

※お釣りが出ないようにお持ちください

【入国・帰国の状況】

滞在国 ：

入国日 ： 令和　　年　　月　　日

【直近の自覚症状】
（☐に✓）
※直近（2週間以内）
※なければ✓不要です。

☐37.5度以上の発熱
☐味覚・嗅覚障害
☐息苦しさや強いだるさ
☐比較的軽い風邪症状

【陽性対象者との接触】
（☐に✓）

2週間以内にCOVID-19と診断された方との濃厚接触が → ☐ある　☐ない

【同意書兼留意事項】

・PCR検査および抗原定量検査は必ずしも新型コロナウイルスに感染していない事を証明するものではありません。
感染から日数がたっておらずウイルス量が少ない場合や検体採取が不十分な場合などで陽性がでない事があります。

・検査結果が陽性となった場合は当院から保健所に届け出を行い、指示に従っていただきます。

私は、「入国者の自宅待機期間短縮のための検査について」を読み、理解した上で検査を受けることに同意します。

令和　　年　　月　　日

署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人初生会福井中央クリニック