

No. _____

申込書

令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：(電話番号) _____

(Eメールアドレス) _____

2 検査利用回数

過去に利用した，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，次から一つ選択（1.と2.の両方に該当する方は1.を選択してください。）

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）【原則として抗原定性検査により検査実施】
2. 感染不安があるため（鹿児島県内在住の方に限る。）
3. その他

※ 「入院，入所，面会等の際に医療機関や高齢者施設等から陰性の検査結果を求められている場合」，「部活動の大会やコンクール，入試等への参加の際に主催者等から陰性の検査結果を求められている場合」，「仕事の取引先，出張先や実習先などから陰性の検査結果を求められている場合」，「出勤，登校等をするに当たって任意で検査を受ける場合」などは，1.の対象になります。

※ 勤務する企業，学校等からの「指示」で検査を希望する場合は対象外となります。

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。

【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) ※✓を記入ください

仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します。

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御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。

※1：御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：次回の検査申込みに当たっては、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、申込み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		
	VTP・全員検査等分 (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： ※いずれかを○で囲む 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		

(申込書別紙)

申立書

※必要がある事項について御記入ください。

検査目的

私は、____月____日に、以下の活動（飲食、イベント、旅行・帰省等）を行うに当たり必要であるので検査を受検します。

（活動の概要）

※飲食、イベント、旅行・帰省等の別について記載するとともに、店舗の名称や場所等が確定している場合は、その名称等についても、可能な限り記載してください。

活動： 飲食 / イベント / 旅行・帰省 / _____
その他（具体的に： _____）

詳細： _____

ワクチン3回目接種済みである場合

私は、ワクチン3回目接種済みですが、上記活動において、なお検査が必要となる特段の事情があるので検査を受検します。

（検査が必要となる特段の事情）※いずれかに✓を記入ください。

上記活動で3回目接種者を含めて全員検査を求められている。

※主催者からの案内等（電子メールの文面の提示等でも可）これを示せるものを提示してください。

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を求められている。

その他特段の事情がある。※詳細を記入してください。

（詳細： _____）

PCR検査等を希望する場合 ※10歳未満の場合を除く

私は、____月____日に、高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を予定しています。

（詳細： _____）

（確認事項）

上記内容につき、虚偽がないことを証するとともに、本申立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。

氏名： _____