様式第２号

No.　　－

**無料検査申込書**

令和　　年　　月　　日

**１　本人確認**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  |
| Eﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |

**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、その理由や用途について確認を求めることがあります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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． □ イベント・飲食・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・検査パッケージ等）（2.に該当する場合を除く）

２． □ 知事から要請を受けて、感染不安があるため

３． □その他　（無料検査の対象となるか、使用目的をお伺いします。）

**４　ワクチンの接種の有無（✓を記入ください）**

３で「1.」を選んだ場合、ワクチンを２回接種済みか

□ はい

□ いいえ

※ ワクチン接種歴について、別途居住市町村自治体に確認する場合があります。

**５　４で「いいえ」を選んだ場合、その理由（✓を記入ください）**

１． □ 12歳未満である

２． □ 健康上の理由（基礎疾患、副反応の懸念など）

※　「副反応の懸念」は、ワクチン接種に伴う主な副反応として通常想定される範囲（注射した部分の痛み、頭痛、関節や筋肉の痛み、疲労、寒気、発熱等）を超えるような副反応が懸念される方が対象となります。

３． □ その他（自己の意思等）　→無料検査の対象になりません。

（確認事項）

□ 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（✓を記入ください）

□ 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は静岡県から求めがあった場合には静岡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、静岡県が必要と認め、ワクチン接種の有無について居住市町村に照会を行ったときは、居住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（✓を記入ください）

※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、静岡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 |
|  | VTP等分（５で1.または2.を選んだ場合） | 一般検査分（３で2.を選んだ場合） | 対象外（左記のいずれにも該当しない場合） |
|  |  |  |
| （その他：回数疎明を求めた際等に記入） |