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 | |  |
| 性　　別 | |  |
| 生年月日 | |  |
| 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

※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。

**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

ア □ 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）（2.に該当する場合を除く）

　　　　【原則として抗原定性検査により検査を実施します】

　　　⇒４（裏面）に進んでください

イ □ 知事から要請を受けて、感染不安があるため

　【静岡県にお住まいであることを証明する書類の提示が必要です。】

ウ □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　３で「ア」を選んだ場合は、該当するものに、✓を記入ください。**

**① 経済社会活動への参加がわかる書類の提示等**

□ 飲食、イベント、旅行等の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。

**② ワクチン接種状況等**　※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、以下のいずれかに該当

・３回目接種者を含めて全員の検査を求められている活動に参加

・高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動など、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。

**③ PCR検査等による受検希望**

□ 以下のいずれかに該当するため、PCR検査等を利用する.。→以下のいずれかに✓

□ 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。

**（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、医療機関を受診します。

若しくは、重症化リスクが低く医療機関の受診を待つことなく自宅療養を行う場合は、「自己検査・療養受付センター」に登録します。

□ 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。

□ 本事業を適正に執行するため、ご記入いただいた情報に基づき、静岡県が、ワクチン接種の有無について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：申告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。

※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 | | |
|  | ワクチン検査パッケージ・対象者全員検査分  （３でアを選んだ場合） | 一般検査分  （３でイを選んだ場合） | 対象外  （左記のいずれにも該当しない場合） |
| ※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：いずれかに○  　　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 | |