

検査申込書

<注意事項> 申込書の記入前に必ず確認してください。

- ・ 無料検査の対象となるのは、無症状の方に限られます。
- ・ 申込みにあたっては、身分証明書等により本人確認を行います。
- ・ 記載内容に虚偽があることが判明した場合、検査費用の負担を求めるほか、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自治体において確認する場合があります。
- ・ 次回の検査申込みにあたっては、PCR検査等の結果通知書の有効期限が3日間とされていること及び抗原定性検査（簡易キット検査）の有効期限が1日間とされていることを踏まえ、前回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。

1 本人確認

申込日：_____年_____月_____日 フリガナ氏名：_____

住所：〒_____

性別：_____ 生年月日：_____

電話番号：_____ メールアドレス：_____

2 利用回数

過去に利用した無料検査の回数：_____回 左のうち、直近1ヶ月で利用した回数：_____回

※ 回数・頻度が多い場合（直近1ヶ月で3回以上）には、理由の疎明をお願いします。なお、行政検査の回数は除きます。

3 検査目的（を記入してください）

1. 県知事から要請を受けて、感染不安があるかつ、イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動を行うにあたり、検査結果通知書を求められているため（栃木県の住民の方のみ）
2. 県知事から要請を受けて、感染不安があるため（栃木県の住民の方のみ）
3. その他 → 無料検査の対象にはなりません

4 確認事項（確認の上、を記入してください）

仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関若しくは受診・相談センターに連絡の上受診してください。15歳から64歳までの方は、医療機関を受診せずに陽性者登録センターでの陽性者登録が可能な場合がありますので、県HPを御確認ください（当該検査による結果の登録を受け付けている場合）。

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。

<検査実施事業者確認欄> ※ 検査申込み者は記載しないでください。

本人確認の実施	無料検査事業における区分	実施する検査の種類
	一般分 (3で「1.」「2.」を選択)	(該当にマル) PCR検査等 ・ 抗原定性検査
	日付：	回数疎明を求めたときの理由 (直近1ヶ月で3回以上の無料検査を利用した際に、理由を聞き取って記載)