

愛知県無料検査

申し込み書の記載方法についての説明

FREE PCR TEST

~How to write application document~

無料検査お申込書

FREE PCR application document (2pages)

No. _____

申込書

作成日：令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

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、下記①～③より1つ選択

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）(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実施】

【検査目的】※該当する項目全てに✓

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。

高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動を予定している。

その他特段の事情がある。

上記のいずれにも該当しない。

【ワクチン接種状況】※いずれか一つに✓

3回目接種未了である 3回目接種済みである

【年齢確認】※10歳以上の場合「はい」 10歳未満の場合「いいえ」

はい いいえ

② 感染拡大の傾向が見られる場合に、愛知県知事が必要と認める期間であり、愛知県民で感染不安があるため

③ その他

(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。

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ご記入いただいた氏名・住所・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：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、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いたします。

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)

(その他：回数疎明を求めた際等に記入)

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

署名 _____

申し込み書の記載方法 についての説明

~How to write application document~



No. _____

申込書

作成日：令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

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

※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。

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①～③より1つ選択

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）(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実施】

【検査目的】※該当する項目全てに✓

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。

高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動を予定している。

その他特段の事情がある。

上記のいずれにも該当しない。

【ワクチン接種状況】※いずれか一つに✓

3回目接種未了である 3回目接種済みである

【年齢確認】※10歳以上の場合「はい」 10歳未満の場合「いいえ」

はい いいえ

② 感染拡大の傾向が見られる場合に、愛知県知事が必要と認める期間であり、愛知県民で感染不安があるため

③ その他



(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を受診します。

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ご記入いただいた氏名・住所・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：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、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いたします。

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)

(その他：回数疎明を求めた際等に記入)

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

署名 _____

書き方 How to write



No. _____

申込書

作成日：令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所： _____

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、下記①～③より1つ選択

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）（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実施】

【検査目的】※該当する項目全てに✓

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。

高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動を予定している。

その他特段の事情がある。

上記のいずれにも該当しない。

【ワクチン接種状況】※いずれか一つに✓

3回目接種未了である

3回目接種済みである

【年齢確認】※10歳以上の場合「はい」 10歳未満の場合「いいえ」

はい

いいえ

② 感染拡大の傾向が見られる場合に、愛知県知事が必要と認める期間であり、愛知県民で感染不安があるため

③ その他

A

申込書

No.

↓ Today's date

作成日：令和 年 月 日
yyyy mm dd

1 本人確認

Name→ 氏名： NAME

Adress→ 住所： Adress in Aichi

Birthday→ 生年月日： yyyy mm dd (Birthday)

Phone number→ 連絡先：(電話番号) 000-0000-0000

Email→ (Eメールアドレス) Ex.) *****@gmail.com

2 検査利用回数

First time FREE PCR = write 0

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。

0 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①～③より1つ選択

- 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）（②に該当する

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。

Why do you take FREE PCR test?

_____ 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①～③より1つ選択

- 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）（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実施】

【検査目的】※該当する項目全てに✓

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。

高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動を予定している。

その他特段の事情がある。

上記のいずれにも該当しない。

【ワクチン接種状況】※いずれか一つに✓

3回目接種未了である

3回目接種済みである

【年齢確認】※10歳以上の場合「はい」 10歳未満の場合「いいえ」

はい

いいえ

- ② 感染拡大の傾向が見られる場合に、愛知県知事が必要と認める期間であり、愛知県民で感染不安があるため

PCR test must be ②

- ③ その他

A

Check a box



書き方 How to write



(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。
- 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ご記入いただいた氏名・住所・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：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、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いたします。

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)
(その他：回数疎明を求めた際等に記入)			

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

署名



Check all box

(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。
- 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ご記入いただいた氏名・住所・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：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、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				
	<table border="1"> <tr> <td>① 対象外</td> <td>② 対象外</td> <td>③ 対象外</td> <td>④ 対象外</td> </tr> </table>	① 対象外	② 対象外	③ 対象外	④ 対象外
① 対象外	② 対象外	③ 対象外	④ 対象外		

DO NOT WRITE HERE

(その他：回数疎明を求めた際等に記入)

↓ Today's date

上記のとおり相違ありません。

yyyy 年 mm 月 dd 日

署名 NAME (Signature)