No.

　申込書

１　本人確認

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受検日 | 令和 　　年　　　月　　日 | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| ふりがな |  | 性別 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先（電話番号） |  |
| 連絡先（e-mail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

※３回以上の場合はその理由を記入してください

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. [ ] 愛媛県内に在住しており、感染不安があるため
2. [ ] その他

*裏面確認事項にお進みください*

（確認事項）※✓を記入ください

[ ] 発熱、咳、喉の痛みなどの症状は一切なく無症状であり、濃厚接触者に該当しません。

[ ] 勤務している会社等からの指示により受検をするものではありません。

[ ] 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又は愛媛県陽性者登録センターに連絡（当該検査による結果の登録を受け付けている場合）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、本申込書は愛媛県から求めがあった場合には愛媛県に提出されることがあることについて同意します。

※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、愛媛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、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**

（１）本人確認（該当箇所に✓を記入）

　□健康保険証　□運転免許証　□マイナンバーカード

□その他（　　　　　　　　）

（２）集計区分等（該当箇所に✓を記入）

|  |
| --- |
|  |
| １ 無料検査（一般検査事業） | ２ その他（対象外） |
| PCR等 | 抗原定性 |  |
|  | 　 |
| （過去の検査回数が３回以上の場合の理由） |

事業者名（店舗名）（　　　　　　　　　　　　　　　　）

担当者　　　　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　）