No. 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　西暦　　　年　　　月　　　日(　　　曜日)

無料検査申込書

キット番号 No.000 （スタッフ記入）

**１　本人確認（正確にご記入ください。）**

ﾌﾘｶﾞﾅ：

氏 名：

　　住 所：〒　　　　―

　　性 別：　　　　　　　　生年月日：西暦　　　　年　　　月　　　日　　　年齢　　　歳

　　連絡先：（電話番号）　　　　―　　　　　　―

※陽性の場合に関係機関が連絡する電話番号を記入してください。

**□に✓を記入ください**

(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、本申込書は高知県から求めがあった場合には高知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、都道府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

(本日の検査の希望種類)  
検査の種類は以下のいずれかとなります。同時に２種類の検査を受けることはできません。

**□**（１）**PCR検査**  
ホームページに記載のある提出時間までに検体を提出いただいた場合は当日の結果となります。それ以降に関しては翌日の結果となります。

**□**（２）**抗原定性検査**  
30分程度で検査結果通知を発行

**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

※行政検査とは発熱の症状があるなど、感染の疑いがある方等に、保健所や、医療機関の医師が、

必要と判断して行う検査(感染症法に基づく検査)

※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**本日の検査の目的について、下記より１つ選択

**□**(ａ)都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため

**□**(ｂ)その他（有料検査等） 以上