

No. _____

申込書（令和4年12月8日以降）

1 本人確認

氏名： _____

現住所： _____

性別： _____ 生年月日： _____

連絡先：（電話番号） _____

（Eメールアドレス） _____

【現住所が県外の方は以下もご記入をお願いします。】

県内の滞在先住所： _____

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、理由の説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、下記より1つ選択

1. （鳥取県民の方）都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため2. （県外から鳥取県へお越しの方）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）（1.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となります）

【概要・日付が分かる予約表等の提示又は4への記載が必要】

3. その他

4 活動の概要（3で「2」を選び、予約表等の提示ができない場合に要記載）

※飲食、イベント、旅行・帰省等の別について記載するとともに、店舗の名称や場所等が確定している場合は、その名称等についても、可能な限り記載してください。

(1) 検査目的

※上記3で「2」を選んだ方のみ

活動を行う日時： _____ 月 _____ 日

活動内容： 飲食 / イベント / 旅行・帰省 / その他（詳細欄に内容を記載） _____

詳細： _____

- (2) オミクロン株対応ワクチン接種済の場合及びPCR検査を希望する場合
 ※上記3で「2」を選んだ方のみ

オミクロン株対応ワクチン接種済である場合、検査が必要となる特段の事情 (✓を記入)

- 上記の活動で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 (帰省を含む) に際して求められている
 その他 (詳細: _____)

PCR検査を希望する場合 (✓を記入)

- 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を伴う活動に際して求められている

5 体調について

1. 発熱や頭・のどの痛みなどの風症状がある等少しでも違和感がある
 2. 体調不良はない

(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 (診療検査機関) を受診するとともに、申込書に記載の個人情報について、県及び居住地の管轄保健所に情報提供することに同意します。
 上記内容につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は県から求めがあった場合には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・性別・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検査等の検査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、今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。

※3: 検査結果が陽性であった場合に医療機関 (診療検査機関) を受診する際、自己負担 (診察料等) が生じる場合があります。

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		
	一般分 (3で「1.」を選んだ場合)	VTP・全員検査等分 (3で「2.」を選んだ場合)	対象外 (左記以外の場合)
		*日付: _____ *書類の種類 (該当にマル) チケット・予約票・切符・ 申立書・その他 ()	
(その他: 回数説明を求めた際等に記入)			