

申込書

1 本人確認

フリガナ
氏名： _____

住所： _____

性別： _____ 生年月日（西暦）： _____

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. 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】~~

1. 感染不安があるので、一般検査事業を受けたいため
（神奈川県にお住まいの方に限ります）

（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（発熱診療等医療機関）を受診するか、又は自主療養を開始するとともに、申込書に記載の個人情報について、神奈川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。

（✓を記入ください）

上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は神奈川県から求めがあった場合には神奈川県に提出されることがあることについて 同意します。（✓を記入ください）

※：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、神奈川県が必要と認める措置を講じる場合があります。

※：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。

※：検査結果が陽性であった場合は、その後の移動は公共交通機関の利用を避けることが求められます。例えば、できるだけお住いの近くで受検を済ませるなど、感染拡大防止のため、ご配慮をお願いします。

担当者確認欄

本人確認の実施	運転免許証・健康保険証・マイナンバーカード その他（ ）	
	実施する検査の種類： ※いずれかを○で囲む PCR 検査等・抗原定性検査	その他：回数疎明を求めた際等に記入