

新型コロナウイルス感染症に係る検査申込書

令和 4年 5月 7日

1 本人確認 (Eメールアドレス以外は必須記載)

氏名： _____ 生年月日： _____

住所： _____

電話番号： _____ Eメールアドレス： _____

〔本人が未成年者や意思表示が困難な方などである場合は、以下に保護者等の氏名を記載し、上記の電話番号には保護者等に確実に連絡がとれる電話番号を記載してください。〕

保護者等の氏名： _____

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（月3回程度）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。

3 検査の受検目的 (✓を記入してください)

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・検査パッケージの利用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】

→「4」に進み、検査結果の利用目的などを記入してください。

② 感染不安があるため（県内在住の方に限られます。また、知事から法に基づく受検の要請が出されている状況でないと選択できません。）

③ その他 → 自費検査（有料）となります

4 検査結果の利用目的など (3で①を選んだ場合、記入してください)

使用日	2022年 5月 8日
検査結果の提出先	リトルシニア信越連盟
検査の目的、理由等	大会参加のため

【ワクチン接種状況】

<input type="checkbox"/>	3回目接種をしていない
<input type="checkbox"/>	3回目接種済みだが以下のいずれかに該当する
<input type="checkbox"/>	ワクチン接種の有無に関わらず、検査を受けることを求められているため（対象者全員検査等）
<input type="checkbox"/>	高齢者や基礎疾患のある方との接触が予定されているため
<input type="checkbox"/>	その他の特段の事情があるため (内容 _____)

(裏面をご覧ください。)

【PCR検査等を利用する理由】（抗原定性検査の場合は記入不要です）

<input type="checkbox"/>	検査申込者が10歳未満であるため
<input type="checkbox"/>	高齢者や基礎疾患のある方との接触が予定されているため

5 希望する検査（いずれか一方にのみ✓をしてください。）

- PCR検査等 抗原定性検査（受検目的が①の場合は原則として抗原定性検査）

【確認事項】

以下に同意する場合、✓を記入してください。

同意しない項目がある場合、無料の検査を受けることはできません。

- 仮に検査結果が陽性であった場合には医療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、長野県（以下、「県」という。）及び居住地を管轄する保健所に情報提供することに同意します。
- 本申込書に記載した項目につき、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、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。

注意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、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。

注意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。

事業者担当者確認欄

本人確認の実施	無料検査事業における区分（該当する欄に✓）		
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他の身分証明書 	ワクチン・検査パッケージの利用又は対象者全員検査分 3で①を選んだ場合 県外の方も受検可能※1	感染拡大傾向時の一般検査分 3で②を選んだ場合 県内在住の方に限る※2	対象外※3 3で③を選んだ場合
（その他：2で検査利用回数等の説明を求めた際などに記入）			
検査実施区分（実施する検査に✓） <input type="checkbox"/> PCR検査等 <input type="checkbox"/> 抗原定性検査			

※1 ワクチン・検査パッケージの利用又は対象者全員検査は住所地を問わず無料検査の対象となります。

※2 感染拡大傾向時の一般検査事業においては、県外在住の方は無料検査の対象とはなりません（県内在住の確認については、身分証明書等によるほか、公共料金の領収書などによる確認でも構いません。）

※3 上記で対象外に該当する場合は、検査費用は検査申込者の自費検査（有料）となります。