

申込書（一般検査事業実施時版）

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 イベント・飲食・旅行・帰省等の経済社会活動を行うに当たり、検査を受けることが求められているため（ワクチン・検査パッケージ等）（※）
（②に該当する場合を除く）

※ 例えば、イベントやツアーの参加、飲食店で参加人数制限緩和や割引・追加サービス提供の条件として事業者から求められている場合、高齢者施設や医療機関での面会の条件として施設等から求められている場合、帰省するための条件として親族等から求められている場合などが該当します。

- ② 都道府県知事から要請を受けて、感染不安があるため
（神奈川県にお住まいの方に限ります）

※ ②を選択した方は、「設問4」と「設問5」は回答不要です。

4 ワクチンの接種の有無（✓を記入ください）

3で「①」を選んだ場合、ワクチン2回接種済みか

 はい いいえ

※ 「はい」を選んだ場合は、検査は無料になりません。

5 4で「いいえ」を選んだ場合、その理由（✓を記入ください）

- ① 12歳未満である
- ② 健康上の理由（基礎疾患、副反応の懸念など）

(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。また、神奈川県が必要と認め、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（✓を記入ください）

※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、神奈川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、別途神奈川県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（ ）		
	ワクチン・検査 パッケージ制度等分 （5で「①」または 「②」を選んだ場合）	一般分 （3で「②」を選 んだ場合）	対象外 （4で「はい」を選 んだ場合）
（その他：回数説明を求めた際等に記入）			