

No. _____

申込書

令和 年 月 日

1 本人確認

氏名： _____

住所：〒 _____

_____ 鹿児島県

性別： _____ 生年月日（西暦）： _____ 年齢： _____ 歳

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、理由の疎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、次から一つ選択（1.と2.の両方に該当する方は1.を選択してください。）

1. 感染不安があるため（鹿児島県内在住の方に限る。）

2. その他

※ 勤務する企業、学校等からの「指示」で検査を希望する場合は対象外となります。

(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県陽性判定サイトに登録又は医療機関を受診します。

上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は都道府県から求めがあった場合には都道府県に提出されることがあることについて同意します。

※1：御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：次回の検査申込みに当たっては、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、申込みを行うようお願いします。

担当者確認欄

本人確認の実施	実施する検査の種類： 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	