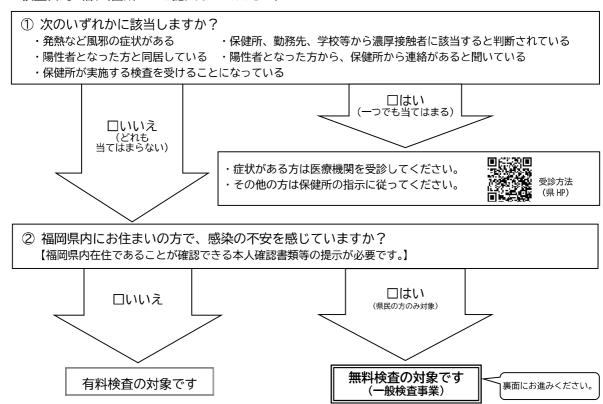
「令和4年度福岡県新型コロナウイルス感染症検査促進事業」検査申込書

受 検 日	令和	年	月	日	生年月	月日	年	月	日
ふりがな									
氏 名					性	別			
住		所							
連絡先((電話番号	号)							
連絡先(e-	-mail アドレ	ノス)							

1. 検査目的(該当箇所に√を記入してください)



※<u>福岡県内にお住まいの方であって感染不安を感じる無症状者</u>であれば、飲食、イベント又は旅行・帰 省等の活動に際し検査結果通知書を求められた方も含めて、一般検査事業を受検することができます。

2. 検査方法(どちらかに√を記入し)	てくた	ごさい)
---------------------	-----	------

Α	PCR 検査等
В	抗原定性検査

3. 受検回数

過去1か月以内に「無料検査」を何回受検しましたか? (医療機関や保健所における検査を除く)

()回/月	※3回以上の場合はその理由を記入してください)	
---	------	------------------------	---	--

4. 同意事項(すべての事項を確認後√を記入してください)

仮に検査結果が陽性であった場合には、医師による診断を受けるため、検査所からの案内に 従い、事前に連絡した上で医療機関を受診又は専用フォームから「陽性者登録」を行います。 この申込書に記載しているすべての項目につき、虚偽がないことを証するとともに、この申 込書は福岡県から求めがあった場合には、福岡県に提出されることがあることについて同意し ます。

- ※ 無料検査を受検後、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には、検査費用の負担を求めるほか、福岡県が必要と認める措置を講じることがあります。
- ※ 次回以降の検査申込に当たっては、<u>PCR 検査等</u>の結果通知書等の有効期間が<u>3日間、抗原定性検査</u>の結果通知書等の有効期間が<u>1日間</u>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されるようお願いします。

すべての項目を記入後、本人確認書類等とともに提出してください。

担当者確認欄

(1) 本人確認(該当箇所に√を記入)

口伸电炉除式	口。宝品一名是生工	□マイナンバーカード	ロスの畑(1
□1)建康1末1次計	山堆虾 光計計	ロマイナフハーカート	□ての1114()

(2)集計区分等(該当箇所に√を記入)

	有料検査				
定着促	進事業	一般検	查事業	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	
A PCR等	B 抗原定性	A PCR等	B 抗原定性	A PCR等	B 抗原定性
(停止中)	(停止中)				

【一般検査事業の要件確認】 (本人確認書類等で福岡県内在住で あることを確認してください。)

事業者名(店舗名)	()	担当者(