

申込書

1 本人確認

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

※ 3 回以上の場合はその理由を記入してください

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】
2. ☐ 愛媛県内に在住であり、感染不安があるため
3. ☐ その他

4 3で「1.」を選んだ場合は、以下に該当する場合には✓を記入ください。

☐検査の目的である経済社会活動の概要・日付が分かる予約票等(切符も可)の提示又は申立書の提出を行った。

【ワクチン接種状況】※いずれか1つ

☐オミクロン株対応ワクチンの接種が未了である。

☐オミクロン株対応ワクチンを接種済みであるが、

- ・ 対象者全員検査等
- ・ 高齢者や基礎疾患を有する者等との接触を伴う活動(帰省を含む)

に際して検査結果を求められた場合等、オミクロン株対応ワクチン接種完了者であっても検査を受検する必要がある、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。

【PCR 検査等利用理由】(該当する場合のみ) ※いずれか1つ

☐検査申込者が10歳未満であること

☐高齢者や基礎疾患を有する者等との接触が予定されており、その旨を説明する書類等の提示又は申立書の提出を行った。

(確認事項) ※✓を記入ください

☐発熱、咳、喉の痛みなどの症状は一切なく無症状であり、濃厚接触者に該当しません。

☐勤務している会社等からの指示により受検をするものではありません。

☐仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関若しくは受診・相談センターに連絡の上受診又は愛媛県陽性者登録センターに連絡(当該検査による結果の登録を受け付けている場合)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、本申込書は愛媛県から求めがあった場合には愛媛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、愛媛県が必要と認め、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、市町に照会を行ったときは、市町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。

※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、愛媛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検査等の結果通知書等の有効期間が3日間、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します。

担当者確認欄 事業者名(店舗名)(Setolabo 愛媛) 担当者 ()

本人確認の実施	無料検査事業における区分		
☐ 健康保険証	VTP・全員検査等分 (3で「1.」を選んだ場合)	一般分 (3で「2.」を選んだ場合)	対象外 (左記以外の場合)
☐ 運転免許証	* 日付: _____		
☐ マイナンバーカード	* 書類の種類: チケット・予約票・切符・ 申立書・その他 ()		
☐ 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	検査結果: ※結果確認した場合いずれかを○で囲む 陽性・陰性・判定不能		
過去の検査回数が3回以上の場合の理由			