

群馬県新型コロナウイルス検査促進事業による無料検査申込書

令和 年 月 日

この申込書の中で□がある項目には、該当するところに✓を付けるか□を○で囲んでください。

はじめに

※ 確認1

□症状がある →無料検査の対象外です。 □症状はない →以下にお進みください。

※ 確認2

□同居者が「陽性」で、自身が「濃厚接触者」として待機期間中 →無料検査の対象外です。

□自身が保健所から「濃厚接触者」と言われて待機期間中 →無料検査の対象外です。

□会社や学校などから検査を受けるように言われた →無料検査の対象外です。

□上記3ついずれも該当ない →以下にお進みください

1 本人確認

氏名： \_\_\_\_\_ (フリガナ)

住所(居住地)： 群馬県 \_\_\_\_\_

性別： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

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

※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。

3 検査目的 (✓を記入するか、番号を○で囲んでください)

本日の検査の目的について、いずれか1つ選択

1. □都道府県知事から要請(※)を受けて (=群馬県内在住で)、感染不安があるため (一般検査事業) (※) 一般検査事業実施期間中は、県民全体に対して要請されています。

2. □その他 →無料検査の対象外

(確認事項) (✓を記入してください)。

□もし検査結果が陽性であった場合には医療機関を受診又は群馬県健康フォローアップセンター「陽性者登録窓口」に登録または連絡します。

□上記項目につき、虚偽がないことを証します。

□本申込書は群馬県から求めがあった場合には群馬県に提出されることがあることについて同意します。

※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、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

