

## 岩手県PCR等無料検査申込書

※原則、申込者本人が記載してください。 申込日 令和 年 月 日

## 1 検査申込者（本人確認）

氏名： \_\_\_\_\_ 住所：岩手県 \_\_\_\_\_  
電話番号： \_\_\_\_\_ メールアドレス： \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
性別： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_

## 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 検査の目的（いずれかに☑を記入してください。）

1. 感染不安があるため（知事が受検要請をしている場合のみが対象です。）  
 2. その他 → **無料検査対象外**

## 4 希望する検査（いずれかに☑を記入してください。）

1. 抗原定性検査（検査後、20分程度で検査結果をお渡します）  
 2. PCR検査等（検査後、後日検査結果が通知されます）

（確認・同意事項）（全てに☑を記入した場合のみが対象となります。）

- 検査当日は発熱や体調不良等の状況ではありません  
 今回の検査が医療行為としての検査ではないことを理解しています  
 仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関に受診します  
 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は岩手県から求めがあった場合には岩手県に提出されることがあること、かつ、陽性であった場合に管内保健所から連絡が入る場合があることについて同意します。

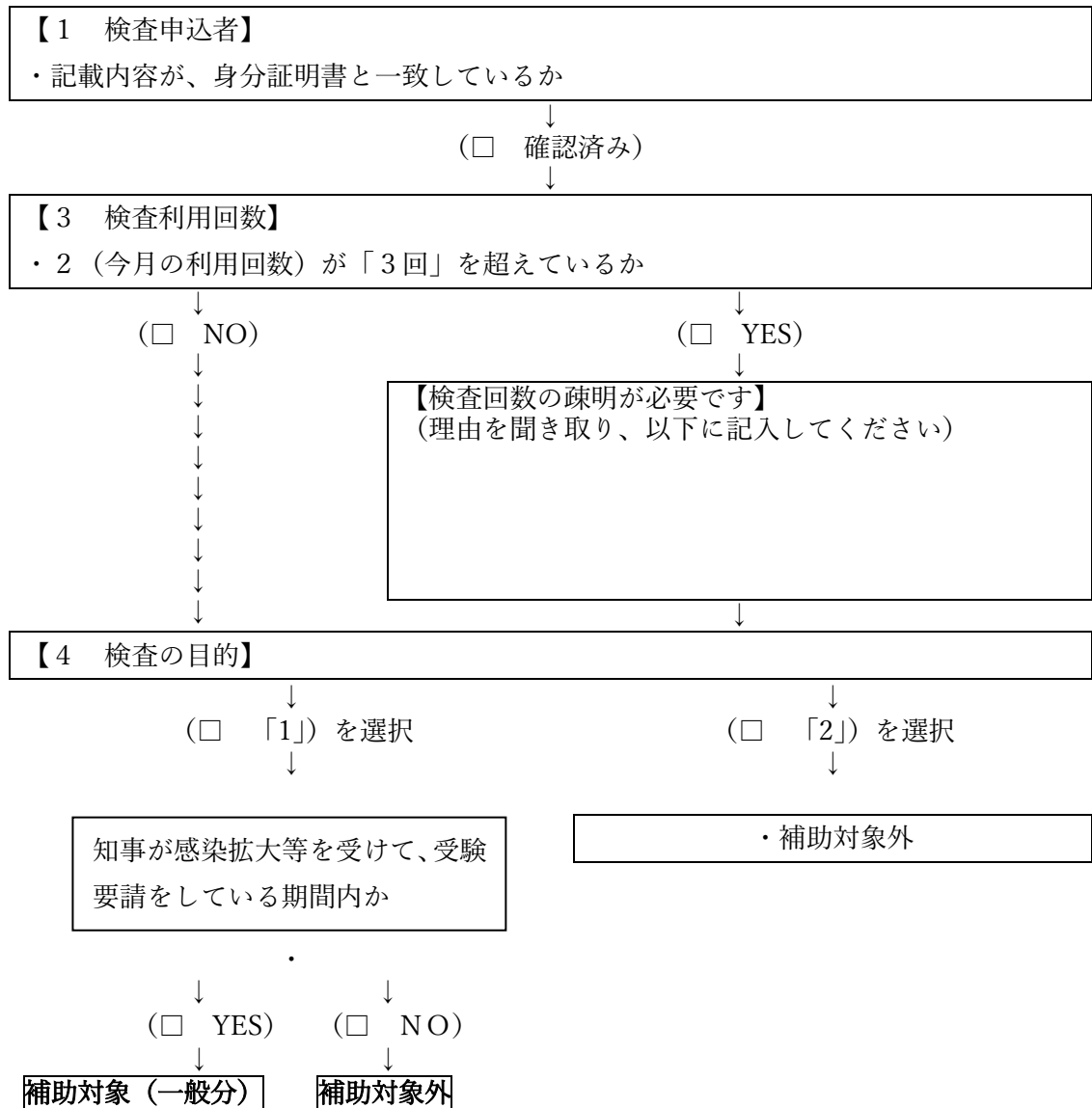
裏面の注意事項をご確認ください。

注意事項

- ※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、岩手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

受付事務局確認用フローチャート

※検査を受け付ける事業者が記載してください。(確認したところに☑を記入ください)



受付番号 No. \_\_\_\_\_