

新型コロナウイルス 検査依頼書

無料検査

※太枠内をもれなくご記入下さい。
検査報告書は依頼書通りに作成いたしますので正確にご記入願います。

取得した個人情報は当該目的にのみ使用し、その他の目的には使用いたしません。

受付番号	D-
受付年月日	年 月 日
報告書受取方法(結果)	
下記のいずれか1つ選択してください	
<input type="checkbox"/> Web通知 <input type="checkbox"/> 直接受取(1~3日) <input type="checkbox"/> 郵送(4~5日)	

被験者氏名	ふりがな
住所・連絡先 現在お住まい の住所を記載 してください	〒 -
	電話
被験者生年月日	西暦 年 月 日
勤務先名称 又は学校名	

同意書確認欄
(にチェック願います)

別紙の「誓約書/同意書」を確認・了承しました

下記の事項について記入又はチェックをお願いします。

質問1. 無料検査利用回数(行政検査を除く) _____ 回 (複数回の場合理由をお聞きする場合があります。)

質問2. 検査を受ける目的(✓を記入ください)

- ①イベント・飲食・旅行等の経済社会活動のため(ワクチン・検査パッケージ等)
- ②県知事から要請を受けて、感染不安があるため
- ③その他

質問3. ワクチンの接種有無(✓を記入ください)

「2. 検査目的」で①を選んだ場合、ワクチンを2回接種済ですか

- はい いいえ

質問4. 「3. ワクチン接種有無」で【いいえ】を選んだ方はお答えください。

その理由について(✓を記入ください)

- ①12歳未満である ②健康上の理由 ③その他(自己の意思など)

※過去3カ月以内に「陽性」が出た方は検査をお控え願います。

※当センターは医療機関ではないため、発熱、味覚・嗅覚異常の症状がある方は医療機関への受診をお勧めいたします。

担当者確認欄

バーコードラベル貼付欄	本人確認の方法(拠点が県内である確認含む)		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他:		
無料検査事業における区分(○を記載)			
VTP等分 (質問4で①又は②に✓)	一般分 (質問2で②に✓)	対象外 (左記のいずれにも該当しない)	

「質問1」で複数回だった場合の理由:

備考:

採取日時:	検査結果:		
受付担当者	担当課受領者	証明書発行日及び引渡方法及び部数	受領印
		報告書(郵送・窓口・持参・担当・Web) 年 月 日 部	

<担当課記載欄>

試験月日	部門	責任者	試験担当者	証明書作成	発行年月日
始 年 月 日					年 月 日
終 年 月 日					

誓約書/同意書

1. 私は、検査結果が「陽性」であった場合には、(一財)沖縄県環境科学センターの提携医師の間診(電話による診療)を受診することを誓約します。
2. 私は、(一財)沖縄県環境科学センターが提携医師に対して、検査結果に関する個人情報を提供することに同意します。
3. 記載項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本検査依頼書は沖縄県から求めがあった場合には沖縄県に提出されることがあることについて同意します。
4. 沖縄県が必要と認め、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、市町村に照会を行ったときは、市町村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。

注意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とともに、沖縄県が必要と認める措置を講じる場合があります。

注意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を踏まえ、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。

誓約、同意頂ける方は、表面の「同意書確認欄」にチェックをお願いします。

令和 年 月 日

住所：

氏名：

※上記「1.」及び「2.」は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第16条の2第1項の規定に基づく「新型コロナウイルス感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために、新型コロナウイルス感染症に関する自費検査を提供するものが講ずるべき措置」によるものです。

※上記「3.」及び「4.」は、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における検査促進交付金に係る実施要領によるものです。

何卒、ご理解・ご協力の程、宜しくお願いいたします。

記入例

新型コロナウイルス 検査依頼書

無料検査

※太枠内をもれなくご記入下さい。
検査報告書は依頼書通りに作成いたしますので正確にご記入願います。

取得した個人情報は当該目的にのみ使用し、その他の目的には使用いたしません。

受付番号	D-
受付年月日	年 月 日
報告書受取方法(結果)	
下記のいずれか1つ選択してください	
<input checked="" type="checkbox"/> Web通知 <input type="checkbox"/> 直接受取(1~3日) <input type="checkbox"/> 郵送(4~5日)	

被験者氏名	ふりがな がんじゅうたろう 頑丈 太郎
住所・連絡先 現在お住まいの住所を記載してください	〒 901 - 2111 浦添市経塚720番地 電話 098-875-1941
被験者生年月日	西暦 2000年1月1日
勤務先名称 又は学校名	一般財団法人沖縄県環境科学センター
同意書確認欄 (□にチェック願います)	別紙の「誓約書/同意書」を確認・了承しました <input checked="" type="checkbox"/>

下記の事項について記入又はチェックをお願いします。

質問1. 無料検査利用回数(行政検査を除く) 0 回 (複数回の場合理由をお聞きする場合があります。)

質問2. 検査を受ける目的(✓を記入ください)

- ①イベント・飲食・旅行等の経済社会活動のため(ワクチン・検査パッケージ等)
- ②県知事から要請を受けて、感染不安があるため
- ③その他

質問3. ワクチンの接種有無(✓を記入ください)

「2. 検査目的」で①を選んだ場合、ワクチンを2回接種済ですか

- はい いいえ

質問4. 「3. ワクチン接種有無」で【いいえ】を選んだ方はお答えください。

その理由について(✓を記入ください)

- ①12歳未満である
- ②健康上の理由
- ③その他(自己の意思など)

※過去3カ月以内に「陽性」が出た方は検査をお控え願います。

※当センターは医療機関ではないため、発熱、味覚・嗅覚異常の症状がある方は医療機関への受診をお勧めいたします。

担当者確認欄

バーコードラベル貼付欄	本人確認の方法(拠点が県内である確認含む)		
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他:		
無料検査事業における区分(○を記載)			
VTP等分 (質問4で①又は②に✓)	一般分 (質問2で②に✓)	対象外 (左記のいずれにも該当しない)	

「質問1」で複数回だった場合の理由:

備考:

採取日時:	検査結果:		
受付担当者	担当課受領者	証明書発行日及び引渡方法及び部数	受領印
		報告書(郵送・窓口・持参・担当・Web) 年 月 日 部	

<担当課記載欄>

試験月日	部門	責任者	試験担当者	証明書作成	発行年月日
始 年 月 日					年 月 日
終 年 月 日					

誓約書/同意書

記入例

1. 私は、検査結果が「陽性」であった場合には、(一財)沖縄県環境科学センターの提携医師の間診(電話による診療)を受診することを誓約します。
2. 私は、(一財)沖縄県環境科学センターが提携医師に対して、検査結果に関する個人情報を提供することに同意します。
3. 記載項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本検査依頼書は沖縄県から求めがあった場合には沖縄県に提出されることがあることについて同意します。
4. 沖縄県が必要と認め、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、市町村に照会を行ったときは、市町村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。

注意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とともに、沖縄県が必要と認める措置を講じる場合があります。

注意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を踏まえ、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。

誓約、同意頂ける方は、表面の「同意書確認欄」にチェックをお願いします。

令和 4 年 1 月 11 日

住所：浦添市字経塚 7 2 0 番地

氏名：頑丈 太郎

日付、住所、氏名のご記入をお願いします

※上記「1.」及び「2.」は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第16条の2第1項の規定に基づく「新型コロナウイルス感染症の発生を予防し、又はそのまん延を防止するために、新型コロナウイルス感染症に関する自費検査を提供するものが講ずべき措置」によるものです。

※上記「3.」及び「4.」は、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における検査促進交付金に係る実施要領によるものです。

何卒、ご理解・ご協力の程、宜しくお願いいたします。