

【自費：新型コロナウイルス検査申込書】

申込日 年 月 日

本人確認書【免許証・マイナンバーカード・他()】

お名前：

お電話番号：

現住所：

☆1) 健康問診票：過去 2 週間の事をお聞きします。該当の場合 をいれてください。

過去 2 週間以内にご自身に発熱・咳・鼻水・味覚障害・嗅覚障害などの体調不良があった

過去 2 週間以内に新型コロナウイルス感染または疑いがある方との接触があった(月 日)

ご自身が新型コロナウイルスに感染し、治療と隔離措置を受けた(月 日～ 月 日)

<今回検査を受ける動機>

判定が陽性だった場合、保健所への報告は同意します。

(陽性の場合検査費用は公費負担となります、R3 年 9 月 3 日現在)

☆2) 陰性証明書： どちらかに **必要** まる○を **不要** つけてください