

「令和5年度福岡県新型コロナウイルス感染症検査促進事業」検査申込書

受 検 日	令和 5 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）			

1. 検査目的（該当箇所に✓を記入してください）


① 次のいずれかに該当しますか？

- ・発熱など風邪の症状がある
- ・保健所、勤務先、学校等から濃厚接触者に該当すると判断されている
- ・陽性者となった方と同居している
- ・陽性者となった方から、保健所から連絡があると聞いている
- ・保健所が実施する検査を受けることになっている

いいえ  
(どれも当てはまらない)

はい  
(一つでも当てはまる)

- ・症状がある方は医療機関を受診してください。
- ・その他の方は保健所の指示に従ってください。



受診方法  
(県HP)

② 福岡県内にお住まいの方で、感染の不安を感じていますか？  
【福岡県内在住であることが確認できる本人確認書類等の提示が必要です。】

いいえ

はい  
(県民の方のみ対象)

有料検査の対象です

無料検査の対象です  
(一般検査事業)

裏面にお進みください。

※福岡県内にお住まいの方であって感染不安を感じる無症状者であれば、飲食、イベント又は旅行・帰省等の活動に際し検査結果通知書を求められた方も含めて、一般検査事業を受検することができます。

2. 検査方法（どちらかに✓を記入してください）

	A PCR 検査等
	B 抗原定性検査

3. 受検回数

過去1か月以内に「無料検査」を何回受検しましたか？（医療機関や保健所における検査を除く）

( ) 回/月	※3回以上の場合はその理由を記入してください ( )
---------	-------------------------------

4. 同意事項（すべての事項を確認後✓を記入してください）

	仮に検査結果が陽性であった場合には、医師による診断を受けるため、検査所からの案内に従い、事前に連絡した上で医療機関を受診又は専用フォームから「陽性者登録」を行います。
	この申込書に記載しているすべての項目につき、虚偽がないことを証するとともに、この申込書は福岡県から求めがあった場合には、福岡県に提出されることがあることについて同意します。

- ※ 無料検査を受検後、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には、検査費用の負担を求め、福岡県が必要と認める措置を講じることがあります。
- ※ 次回以降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されるようお願いします。

**すべての項目を記入後、本人確認書類等とともに提出してください。**

**担当者確認欄**

(1) 本人確認（該当箇所に✓を記入）

健康保険証 運転免許証 マイナンバーカード その他 ( )

(2) 集計区分等（該当箇所に✓を記入）

無料検査				有料検査	
定着促進事業		一般検査事業			
A PCR 等	B 抗原定性	A PCR 等	B 抗原定性	A PCR 等	B 抗原定性
(停止中)	(停止中)				
【一般検査事業の要件確認】 (本人確認書類等で福岡県内在住であることを確認してください。)					

事業者名（店舗名）( ) 担当者 ( )