

To Promote Testing for COVID-19 in Fukuoka Prefecture Test Application Form

「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

Date of Test 受験日		Date of birth 生年月日	
Furigana ふりがな		Gender 性別	
Name 氏名			
Address 住所			
Phone Number 電話番号			
Email Eメールアドレス			

1. Test Purpose (Please fill a ✓ in the appropriate box) 検査目的 (該当箇所を✓)

① Do any of the following apply to you? 次のいずれかに該当しますか？

- Have symptoms of a cold such as fever 発熱など風邪の症状がある
- Determined by a public health center, employer or school to be a person in close contact who tested positive 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
- Live with the person who tested positive 陽性者と同居している
- Have heard from the person who tested positive that the public health center will contact me 陽性者から、保健所から連絡があると聞いている
- Scheduled to take a test conducted by 保健所が実施する検査を受けることになっている

No
(None of the above)
どれも当てはまらない

Yes
(If one applies) 当てはまる

• If you have any symptoms, please consult a medical institution.
症状がある方は医療機関を受診してください。
• If you have any other symptoms, please follow the instructions of the health center.
その他の方は保健所の指示に従ってください。



How to get a test
受診方法
(Prefectural Gov website)

② Do you live in Fukuoka Prefecture? Are you worried about infection?
【You will need to present identification documents that verify your residency in Fukuoka Prefecture.】
福岡県内にお住まいですか？ 感染の不安を感じていますか？ 【県内に住んでいることが分かる書類を提示してください】

No

Yes (Both apply)
(どちらも当てはまる)

Fee-based Test
有料検査の対象です

Eligible for free test
無料検査の対象です

Please go to the back side
裏面にお進みください。

2. Test method (Please ✓ one of the following boxes) 検査方法 (どちらかに✓)

<input type="checkbox"/>	A) PCR test, etc. PCR 検査等
<input type="checkbox"/>	B) Antigen Test 抗原定性検査

There's also a back side
裏面あり

3. Number of tests 受検回数

How many free tests have you had in the past month? (Excluding tests at medical institutions and health centers) 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)

() times per month () 回/月	※ If tested more than three times, please explain the reason. 3回以上の場合は理由を記入 ()
--------------------------------	--

4. Agreement (Please fill in ✓ after checking all the items) 同意事項 (すべての事項を確認後✓を記入)

	If the test result is positive, I will visit a medical institution to receive a definitive diagnosis by a doctor. 仮に検査結果が陽性であった場合には、医師による確定診断を受けるため医療機関を受診します。
	I hereby certify that all items on this application form are true and correct, and I agree that this application form may be submitted to Fukuoka Prefectural Government if requested by the prefectural Government. 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。

※ If it is found that the information you have provided is false, you will be asked to bear the cost of the test and Fukuoka Prefectural Government may take any other measures deemed necessary.

※ 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るほか、福岡県が必要と認める措置を講じることがあります。

※ When applying for the next and subsequent tests, please take into consideration the number of days that have passed since the last test, as the validity period of the PCR test result notification is 3 days and that of the antigen test result notification is 1 day.

※ 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。

Please fill in all the fields and submit them along with your identification documents.

すべての項目を記入後、本人確認書類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) Identification

- 健康保険証 Health Insurance Card 運転免許証 Driver's License
マイナンバーカード My Number Card その他 Other ()

(2) 集計用 (該当箇所に✓を記入)

無料検査 Free Test				有料検査 Fee-based Test	
A VTP等定着促進事業		B 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】 <input type="checkbox"/> 申請者が福岡県在住と確認できる書類 Please confirm identification documents that verify applicant's residency in Fukuoka Prefecture.	

事業者名(店舗名) () 担当者 ()