

(個人お申込み用)

新型コロナウイルス感染症検査申込書 (兼) 同意書

(カナ) 氏名 Name	様	性別	男	女		
		生年月日 Date of Birth (mm/dd/yyyy)	S	H	年	月
年齢	歳	電話番号	(日中連絡がとれる番号)			
住所	(現在住んでいるところ) 〒					

※「Name」と「Date of Birth」は、英文の陰性証明書をご希望の場合のみ記入ください。

私は、以下の内容について確認し、了承(☑をお願いいたします。)のうえ、検査を申し込みます。

1 検査(目的・性質・その他)について

- この検査は、新型コロナウイルス感染症の症状(発熱、咳、全身倦怠感、頭痛、吐き気、おう吐、下痢、嗅覚・味覚障害など)がなく、かつ濃厚接触者ではない方で、ご本人が希望する場合に任意で行われるものです。
- 検査の性質上、実際には感染していても結果が陰性になること(偽陰性)や、感染していなくても結果が陽性になること(偽陽性)があります。

2 関係法令に基づく届け出に必要な個人情報の提供について

- 検査結果が陽性の場合、関係法令に基づき当協会が保健所に届け出のために必要な各種情報について、事前に提供します。

項目	内容
ご職業 (無職の方や学生の方含む)	
住民登録している 住所・電話番号	(現在住んでいる住所と同じ場合は未記入) [電話番号]
保護者氏名 (未成年の場合)	
保護者住所 (未成年の場合)	[電話番号]

※ 取得した個人情報は、個人結果票の作成及び通知並びに保健所への届け出以外の目的では使用いたしません。

(次ページに続きます)

3 陰性証明書発行をご希望の場合

ご来会の際、検査料金とともに陰性証明書発行料（税込 2,200 円）もお支払いいただきます。万一、検査結果が陽性となった場合は振込みにて返金いたしますので、ご指定の口座を以下に記入ください。

お受取人	(カナ)			
	氏名			
金融機関名	(該当に○) 銀行 信金 信組 農協		支店名	
預金種目	(該当に○) 普通 当座	口座番号		