

**新型コロナウイルス感染症検査申込書**

申込日：令和 年 月 日

団 体 の お 申 込 み	団体名称（略称ではなく正式名称でご記入ください）					
	フリガナ					
	団体名					
	ご担当者		電話番号			
			E-mail		@	
	検査項目をお選びください		結果帳票をお選びください		ご希望時にお選びください	
	項目・単価（税込）	申込人数	結果帳票内容	希望に○	内容・単価（税込）	希望に○
	抗原定量検査 （8,180 円）		個人結果通知書 （検査料に含む）		陰性証明書 （1 通あたり 2,200 円）	和文
	PCR 検査 （16,500 円）		検査結果連名簿 （検査料に含む）			英文
	検体回収希望日 （土日・祝日除く）	第 1 希望		第 2 希望		第 3 希望
※ 1 団体あたり 10 名以上のお申込みで訪問回収いたします。10 名未満の場合は、当協会施設にご持参いただくこととなります。日程など詳しくは、担当職員が後ほどご連絡いたします。						

個 人 の お 申 込 み	フリガナ			電話番号	（日中連絡がとれる番号）		
	漢字氏名						
	検査項目をお選びください		ご希望時にお選びください		検査希望日（土日・祝日除く）		
	項目・単価（税込）	希望に○	内容・単価（税込）	希望に○	第 1 希望	第 2 希望	第 3 希望
	抗原定量検査 （8,180 円）		陰性証明書 （1 通あたり 2,200 円）	和文			
	PCR 検査 （16,500 円）			英文			
	※ 個人結果票を発行いたします（検査料金に含んでおります。）。						
	※ 来会日時など詳しくは、担当職員が後ほどご連絡いたします。						
	ご希望会場 （希望に○）	水戸市		土浦市		筑西市	

**抗原定量検査をご希望の場合（事前にお読みください）**

- 抗原定量検査をご希望で次に該当する場合は、当協会の判断にてPCR 検査を実施させていただきます。
- 抗原検査値が疑陽性値（0.67pg/mL 以上4.00pg/mL 未満）の場合  
⇒ 陰性または陽性を確定させるためにPCR 検査を行います。この場合、抗原定量検査とPCR検査の両方を請求させていただきます。
  - 検体量がごく少量のため抗原検査値の信頼性が損なわれる場合  
⇒ 抗原定量検査を省略しPCR 検査を行います。この場合、PCR 検査料を請求させていただきます。

お 問 合 せ	本 部 渉 外 課	〒310-8501 水戸市笠原町 489-5	TEL 029-241-0542	担当：上久保・塚越
	県南センター事業推進課	〒300-0025 土浦市手野町 1-1	TEL 029-830-3355	担当：石川・根本
	県西センター事業推進課	〒308-0125 筑西市関本分中 37-1	TEL 0296-20-3480	担当：森田・飯島