

長岡市長 様

PCR検査等申込書兼同意書

新型コロナウイルス感染症のPCR検査等を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

1 申込内容等

住 所	長岡市
ふりがな	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)
電 話 番 号	※日中連絡が取れる(携帯)電話番号を記入してください。
申 込 理 由	<input type="checkbox"/> 県外・県内の感染拡大地域との往来 <input type="checkbox"/> 県外・県内の感染拡大地域からの来訪者との接触 <input type="checkbox"/> 感染リスクが懸念される人との接触 【同居人・職場の同僚等・その他 ()】
往来した地域	※都道府県名(県内の場合は市町村名)
往来した期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
検 査 実 施 日	令和 年 月 日
申 請 回 数	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <small>※民間検査機関と医療機関での検査回数合わせて、年度内1人あたり計3回まで申請可</small>

2 同意事項

<p>下記の全てに同意します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・申請を行った上記の内容について、事実に相違ありません。 ・提出する検体は、申込者本人のもので間違いありません。 ・長岡市から調査の求めがあった場合は、これに応じます。 ・検査の結果、陽性の判定が出た場合は、長岡市からの連絡に従い、直ちに医療機関(※)において再検査することに同意します。 ・虚偽や不正等が判明した場合は、検査費用の全額を負担します。 <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____</p> <p style="text-align: center;">(代筆: _____)</p>
--

※陽性判定者のみに長岡市が市内の医療機関を別途連絡します。