

- ① 飲食、イベント、旅行等に際して必要な検査
- ② 都知事の受検要請に基づき、感染に不安を感じる方が受ける検査

令和 年 月 日

3. ☐ その他 ()

2 検査利用回数

過去に利用した、無料検査（行政検査を除く）の回数

_____ 回（うち当月 _____ 回）

今回の検査が、当月4回目以上の場合、以下に理由を記載してください。

理由（ _____ ）

3 確認事項

検査を受ける前に下記の事項を読み、確認のうえ ✓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療機関に受診します。
- ☐ 上記項目につき、虚偽がないことを証するとともに、本申込書は東京都から求めがあった場合には東京都に提出されることがあることについて同意します。また、東京都が必要と認め、ワクチン接種の有無についてご記入いただいた氏名・住所・性別・生年月日の情報に基づき、区市町村に照会を行ったときは、区市町村がワクチン接種の有無について回答することがあることに同意します。

※1：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、検査費用の負担を求めるほか、東京都が必要と認める措置を講じる場合があります。また、ワクチン接種の有無については、別途区市町村において確認する場合があります。

※2：次回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日間とされていること及び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の上、申込を行うようお願いいたします。

（検査受検者）

氏名： _____

住所： _____

性別： _____

生年月日： _____

連絡先：（電話番号） _____

（Eメールアドレス） _____

※ 身分証明書（運転免許証、マイナンバーカード、学生証、在留カード等）をご提示ください。

担当者確認欄

本人確認の実施		無料検査事業における区分	
	VTP・全員検査等分 （1で「1.」を選んだ場合）	一般分 （1で「2.」を選んだ場合）	対象外 （左記以外の場合）
	* 日付： _____ * 書類の種類 _____ ： _____ チケット・予約票・切符 ・その他（ _____ ）		
実施する検査の種類： ※いずれかを○で囲む PCR検査等 ・ 抗原定性検査		その他：回数疎明を求めた際等に記入	