

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

富士吉田市長 様

住 所 富士吉田市

氏 名 印

電話番号

富士吉田市新型コロナウイルス感染症検査申請書

富士吉田市新型コロナウイルス感染症検査事業実施要綱第7条第1項の規定による検査を受けたいので、次のとおり申請します。

【対象者】 ※の欄は担当者記入欄

住 所	富士吉田市		
氏 名		性別	
生年月日	年 月 日 (歳)	連絡先	- -
在学する学校名・学年及び所在地	学 校 名 : (学年) 所 在 地 :		
勤務する企業等の名称及び所在地	企 業 名 : 所 在 地 : 電話番号 :		
前回の検査実施日 (本要綱に基づく検査を受けたことがある方はご記入ください)	年 月 日 ()		
検査希望日	年 月 日 () 時		
※委託検査機関 予約確認	<input type="checkbox"/> 連絡済 担当 ()		

<添付資料>

【通勤・通学の場合】

- (1) 通勤の場合は勤務先の社員証の写し、通学の場合は在学する学校等の学生証又は在学証明書の写し
- (2) 定期券の写し等、通勤、通学していることが確認できる書類の写し

【出張等の場合】

企業等に勤務する場合は出張命令、出張証明書など県外へ出張したことが分かる書類等の写し、自営業の場合は業務先からの依頼書、高速道路の利用明細、取引先の詳細が分かる物等、県外へ行くことが妥当と判断できる書類等の写し

誓約書／同意書

- 1 新型コロナウイルス感染症検査で検査結果が陽性であった場合、受診する医療機関を選択の上、次のいずれかに○をしてください。

(医療機関の名称もできるだけ記載してください。)

(1) かかりつけ医又は地元の医療機関(注)(名称: _____)

(2) その他の医療機関(名称: _____)

次のことについて誓約する場合は、□にチェックをしてください。

私は、検査結果が陽性であった場合には、上記で選択した医療機関を受診することを誓約します。	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

注 上記(1)のかかりつけ医又は地元の医療機関を受診する場合には、事前に当該医療機関に連絡し、対応可能か確認してください。対応ができない場合には、山梨県新型コロナウイルス感染症受診・相談センターに相談してください。

- 2 検査結果が陽性となった方については、検査結果に基づき医療機関での医師の診断や陽性者の把握が必要となることから、富士吉田市から、上記1で選択された医療機関及び山梨県に対して、検査結果に関する個人情報を提供します。

次のことについて同意する場合は、□にチェックをしてください。

私は、富士吉田市が上記1で選択された医療機関及び山梨県に対して、検査結果に関する個人情報を提供することに同意します。	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

※ 担当者使用欄

<u>検査予定日</u> 年 月 日 : ~ :	【受付日】
---------------------------------	-------