

別記様式（第8条関係）

蒲郡市PCR検査支援事業利用申請書

申請年月日 年 月 日

検体採取時間 午前・午後 時 分

蒲郡市長 様

下記の通り、了承事項の全てを了承し、蒲郡市PCR検査支援事業の利用を申請します。

申請者	現住所	〒 ー 蒲郡市		
	検査結果報告書郵送先	〒 ー ※ 現住所と同じ場合は「同上」と記入してください。		
	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	
	検査結果連絡先電話番号	利用回数	令和4年4月以降の利用は、 今回が 回目	
	体温	℃	風邪症状の有無	有 ・ 無
了承事項	<p>了承する項目の左の□にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査は、市が民間検査機関（機関名：株式会社東海分析化学研究所）に委託して実施します。同機関に対し、申請者欄に記載の情報及び検体を提供することについて了承しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 体内にウイルスが実際にいない場合でも、陽性となること（偽陽性）があることについて了承しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査試料の状態やウイルスの量により、新型コロナウイルス感染症に感染している場合でも検査結果が陰性となること（偽陰性）があることについて了承しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果が陽性であった場合は、申請者自らの責任で医療機関に連絡し、適切な処置を受けることを約束します。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果が陽性であった場合は、豊川保健所または蒲郡市内の医療機関に対し、申請者欄に記載の情報及び検査結果の情報を提供する場合があることについて了承しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 海外旅行等に必要な場合がある「陰性証明書」等の各種証明書は発行されないことについて了承しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果の電話連絡は本人又は同一世帯の親族に通知することについて了承しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果の電話連絡は、1回限りとし、本人又は同一世帯の親族の応答がない場合は、再度の電話連絡を行わないことについて了承しました。</p> <p><input type="checkbox"/> 自己負担金として金5,000円を納入します。</p>			