

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。（※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。）

申込日：令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL: 0269-33-3115 (直通) FAX: 0269-33-4527
E-Mail: kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。(※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。)

申込日:令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL:0269-33-3115(直通) FAX:0269-33-4527
E-Mail:kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。(※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。)

申込日:令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL:0269-33-3115(直通) FAX:0269-33-4527
E-Mail:kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。(※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。)

申込日:令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL:0269-33-3115(直通) FAX:0269-33-4527
E-Mail:kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。(※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。)

申込日:令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL:0269-33-3115(直通) FAX:0269-33-4527
E-Mail:kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。（※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。）

申込日：令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL: 0269-33-3115 (直通) FAX: 0269-33-4527
E-Mail: kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。(※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。)

申込日:令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL:0269-33-3115(直通) FAX:0269-33-4527
E-Mail:kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。(※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。)

申込日:令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL:0269-33-3115(直通) FAX:0269-33-4527
E-Mail:kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。(※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。)

申込日:令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL:0269-33-3115(直通) FAX:0269-33-4527
E-Mail:kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。

抗原定性検査申込書

お申込方法

注意事項をご確認いただき、下欄に必要事項をご記入のうえ、役場危機管理課窓口で手続きを行ってください。（※申込書は町ホームページからもダウンロードできます。）

申込日：令和 年 月 日

確認事項 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 注意事項を確認し、同意のうえ申し込みます。 <input type="checkbox"/> 個人情報について、本事業に使用されることを承諾します。 <input type="checkbox"/> 陰性証明書を請求しません。
申込者	(※世帯の代表により申込む場合は、裏面にある名簿に対象となる方全員の氏名をご記入ください。)
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所	〒
電話番号	固定電話 ー ー 携帯電話 ー ー
使用目的 (□にレ点)	<input type="checkbox"/> 感染拡大地域との往来があった <input type="checkbox"/> 帰省や仕事により感染拡大地域から来町された方と接触があった <input type="checkbox"/> 身近な人に陽性者や濃厚接触者が確認されたが、公的な検査の対象にならなかった <input type="checkbox"/> 町民であって、感染に対する不安を感じている
申込み数	_____ 名分(キット)

山ノ内町役場 危機管理課 (11番窓口) 〒381-0498 山ノ内町大字平穩 3352-1
TEL: 0269-33-3115 (直通) FAX: 0269-33-4527
E-Mail: kikikanri@town.yamanouchi.lg.jp

抗原定性検査事業 申込者名簿

申請者名 (※世帯の代表者の氏名をご記入ください)	
------------------------------	--

申込者一覧

NO.	氏名 (生年月日)	住所
1	(. .)	
2	(. .)	
3	(. .)	
4	(. .)	
5	(. .)	
6	(. .)	
7	(. .)	
8	(. .)	
9	(. .)	
10	(. .)	

【注意事項】

1. 発熱、咳、倦怠感などの自覚症状のある方は、まずは医療機関、または保健所にご相談ください。受診や検査を行わない場合は、代理の方が役場にお越しくください。
2. 検査は自己検査です。ご自身で検体を採取後、検査容器に滴下し 15 分～20 分で結果が判明します。(検査に係る時間は概ね 30 分以内です。)
3. 検査の結果、陽性となった場合は、ご自身で医療機関へご連絡いただき医師の指示に従ってください。
4. 20 歳～49 歳で軽症の方は、「長野県若年輕症者登録センター」に Web により登録してください。
5. 検査キット受領後は、速やかに検査を実施してください。
6. 検査キットの転売は固く禁じます。
7. 世帯主等の方がまとめて申し込む場合は、申込書裏面に対象となる方の氏名等をご記入ください。
8. この検査は、製品不良等に起因するもの以外は個人の責任において実施するものです。