

この申込書は、

- ① ワクチン・検査パッケージ制度及び飲食、イベント、旅行等の活動に際して必要な検査
- ② 都知事からの受検の要請があり受けていただく検査に使用するものです。

検査申込書

令和 年 月 日

1 ワクチンを2回接種済みですか（✓を記入ください）

はい

いいえ

2 1で「いいえ」を選んだ場合は、その理由（✓を記入ください）

1. 12歳未満である（ 歳）

※ ワクチン・検査パッケージ制度の利用にあたって、未就学児（概ね6歳未満）については、同居する親等の監護者が同伴する場合には、検査が不要とされています。

2. 健康上の理由

※ 「基礎疾患があるため」「副反応が懸念されるため」など以下に理由を記載してください。

（ ）

3. その他（自己の意思等）

⇒ ①ワクチン・検査パッケージ等の場合、有料での検査となります。

3 検査の目的

本日の検査の目的について、下記より1つ選択し（✓を記入）、参加イベント名等を記載してください。

1. ワクチン・検査パッケージ制度及び飲食、イベント、旅行等の活動に際して必要なため（2.に該当する場合を除く）

飲食店名、参加予定のイベント名等

（ ）

2. 都知事からの要請があり、感染不安を感じるため

理由（ ）

3. その他（ ）

4 検査利用回数

過去に利用した、①または②いずれかの無料検査（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（ _____ ）

5 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、本事業の適正執行を確保するため、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歴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、別途自治体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（漢字）： _____ 氏名（かな） _____

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、学生証等）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等分 (2で「1.」または「2.」 を選んだ場合)	一般分 (3で「2.」を選んだ場 合)	対象外 (左記のいずれにも該当し ない場合)
(その他)			