

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に使用するものです。
(2)都知事からの受検の要請があり受けていただく検査

株式会社医道メディカル(以下、「弊社」といいます。)が提供する新型コロナウイルスPCR検査(以下「本サービス」といいます。)の利用にあたり、本紙記載の各種注意事項への同意が必要です。また、本サービスの目的、検査方法、検査の性質(結果が必ずしも100%正確ではないことを含む)、予測される結果や不利益・リスク、試料・個人情報の取扱いについて同意し、自らの判断と責任のもと本サービスをお申し込みください。

提携企業へ提供いたします。6.新型コロナウイルス感染症は、症状がなくても感染を認めることがあります。7.検査結果は検査時の状態を反映するものであり、結果に関わらず引き続き感染予防対策を行う必要があります。

【個人情報の取扱いに関する注意事項】

本サービスの申し込みにより得られたお客様の情報は、検査の委託先となる提携医療機関へ提供いたします。また、お客様のアフターフォローや新サービスのご提案などを目的として弊社グループでも有することに同意いただくものとします。なお、弊社が有するお客様の情報は弊社の定めるプライバシーポリシーに基づき利用するものとします。

【新型コロナウイルスPCR検査に関する注意事項】

1.本サービスは、唾液から新型コロナウイルスを検出するPCR法を用いた検査です。2.本サービスで使用する製品は医薬品医療機器等法に基づく対外診断用医薬品ではありません。3.本検査の実施は医療法人社団癒合会医道五十三クリニック(以下、「提携医療機関」といいます。)が行います。4.検査結果は弊社からメールにて通知いたします。5.検査に必要な個人情報を提携医療機関および

上記の説明事項・個人情報の取り扱いに関する注意事項に同意し、検査を申し込みます。

来店日	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">年</td> <td style="width: 20%;">月</td> <td style="width: 20%;">日</td> </tr> </table>	年	月	日	太枠内および下部のヒアリング項目を全てご記入いただき、検査時にご提出ください。また、検査時は本人確認証(運転免許証、マイナンバーカード、学生証等)をご提示ください。			
年	月	日						
署名	フリガナ	連絡先						
		生年月日	年	月	日			
メール								
! docomo, au, softbank等の提供するキャリアメールはフィルタリング機能により通知が届かない場合がございます。可能な限り、Gmailや iCloudメールなど、キャリアメール以外をご記入ください。								
住所	〒 <input style="width: 100px;" type="text"/> - <input style="width: 100px;" type="text"/>							
	都 道 市 区							
	府 県 町 村							

1.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、参加イベント名等を記載してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	①飲食、イベント、旅行・帰省等の経済社会活動を行うに当たり、必要であるため(ワクチン・検査パッケージ制度又は対象者全員検査等) (活動日 月 日) (区分 飲食 ・ イベント ・ 旅行/帰省 ・ その他()) (活動内容の詳細)
<input checked="" type="checkbox"/>	②都知事からの要請があり、感染不安を感じるため (お住まいの都道府県 東京都 ・ その他) いずれかに○
<input checked="" type="checkbox"/>	③その他 (理由(必須))

2.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。(必須) ()
---------------	---	--

3.東京都からの確認事項 検査を受ける前に下記の事項を読み、確認のうえ同意欄にチェックを入れてください。

右記に同意する 1.仮に検査結果が陽性であった場合には医療機関を受診します。2.記入項目につき、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らるほか、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

担当者確認欄 <input type="checkbox"/> 本人確認の実施 無料検査事業における区分 <input type="checkbox"/> VTP・全員検査等分(飲食、イベント等参加) <input type="checkbox"/> 一般分(都知事からの要請、感染不安により) <input type="checkbox"/> 対象外(上記のいずれにも該当しない場合)	(その他)	採取時間 検体ご提出後に記入
--	-------	-------------------