

福崎町長 様

抗原検査キット配付申込書（電話受付用）

抗原検査キットの配付を受けたいので、下記のとおり申し込みます。

氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳 2歳以上59歳以下が対象
住所	〒 ー 福崎町 ※原則、福崎町に居住している人が対象		
電話番号			
発熱等発症日	令和4年 月 日		
(未成年の場合) 配付に同意した 保護者の氏名			
受取方法	<input type="checkbox"/> 駐車場にて受取。受取可能時間帯を記入。(時 分) <input type="checkbox"/> 郵送希望。(車での来所が困難な場合)→対面での手渡しとなります。		
<p>※以下の項目に全てあてはまる場合、検査キットの配付対象となります。 あてはまる場合はそれぞれ□欄にチェックを入れてください。 いずれかの項目にチェックがない場合は対象外となりますので、恐れ入りますが医療機関(かかりつけ医、発熱等診療・検査医療機関等)で診察を受けてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 基礎疾患なし、かつ肥満(BMIが30以上)ではない <input type="checkbox"/> 症状が軽症(呼吸困難感がなく、水分補給ができていなど) <input type="checkbox"/> 妊娠していない(※男性の方もチェックを付けてください)</p>			
<p>配付されたキットで検査した結果が陽性であった場合は、県の自主療養登録センターに登録の上、自宅で自主療養していただくこととなります。 その場合、当該センターにおいては診断書の発行や薬の処方はできません(自主療養証明書の発行は可能)。 上記の内容を了承いただける方は、下欄にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果が陽性であった場合の対応については、了承しました。</p>			
<p>配送された検査キットの転売及び譲渡は絶対に行わないでください。 ※転売や譲渡等の事実が確認された場合は、厳正に対処いたします。 上記の内容に誓約いただける方は、下欄にチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 配付された検査キットの転売及び譲渡は、行いません。</p>			