森町自己検査用抗原定性検査キット申込書

自己検査用検査キット配布対象者

1 森町に在住の方（長期滞在の方も含む）
2 申込日時点で、中学生～64歳の方で、自ら検査キットを用いて検査できる方
3 発熱や風邪症状などの軽度の症状がある方
4 以下の基礎疾患のない方
悪性腫瘍・慢性呼吸器疾患（COPD等）※1、慢性腎臓病、心血管疾患、脳血管疾患、
高血圧・糖尿病・脂質異常症・肥満（BMI30以上）、
臓器の移植、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用その他の事由による免疫機能の低下
5 妊娠されている可能性のない方

※1 慢性呼吸器疾患（COPD等）・・・慢性閉塞性肺疾患・間質性肺疾患・肺塞栓症・肺高血圧・気管支拡張症等

申請日	令和		年		月		日

申請個数
1

氏名	（カナ）

申請日現在
歳

生年月日	昭和 平成		年		月		日

住所	〒437－02 周智郡森町

携帯等電話番号	

確認事項　※1つでもチェックがない場合は配布できません

	チェック
・私は、発熱や風邪症状など軽度の症状があります。	□
・私は、中学生～64歳で、自ら検査キットを用いて検査ができます。	□
・私は、基礎疾患を有しておらず、妊娠している可能性がありません。	□
・私は、配布された検査キットを有償無償を問わず、他者に譲渡しません。	□
・私は、申込内容、確認事項が事実と相違ないことを誓約します。	□