

様式第1号（第6条関係）

新型コロナウイルス感染症に係る児童等PCR検査申請書

年 月 日

大子町長 様

申請者（保護者）住 所

氏 名

Ⓜ

電話番号

新型コロナウイルス感染症に係る児童等PCR検査を受けたいので、大子町新型コロナウイルス感染症に係る児童等PCR検査実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

○申請者

児童・生徒 (18歳以下)	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	
	施設名称	
同居家族	氏名(児童・生徒との続柄)	()
	生年月日	年 月 日 (歳)
同居家族	氏名(児童・生徒との続柄)	()
	生年月日	年 月 日 (歳)
同居家族	氏名(児童・生徒との続柄)	()
	生年月日	年 月 日 (歳)
同居家族	氏名(児童・生徒との続柄)	()
	生年月日	年 月 日 (歳)
同居家族	氏名(児童・生徒との続柄)	()
	生年月日	年 月 日 (歳)

教育施設等の職員 (非常勤職員を含む。)	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	
	施設名称	

備考1 児童・生徒がPCR検査を受ける場合に限り、その同居家族は当該検査を受けることができる。

2 児童・生徒及びその同居家族にあつては学生証の写し又は在籍を証明するもの、教育施設等の職員にあつては職員証の写し又は在籍を証明するものを添付すること。

3 PCR検査に係る費用負担額は、児童・生徒及び教育施設等の職員にあつては無料、児童・生徒の19歳以上の同居家族にあつては1人当たり3,000円とし、当該検査を受ける医療機関に支払うものとする。

※町が使用する欄

承認の可否	受 付 日	承認の伺い		受 付
		長	担当者	
可 ・ 否				