

(様式第1号)

美郷町長 様

美郷町新型コロナウイルス感染症抗原検査事業利用申請書

下記の理由により、新型コロナウイルス感染症の感染について、感染の可能性不安があるため、標記の検査の実施を申請します。

年 月 日

住所：  
(申請者) 氏名：  
電話番号：

【検査希望の理由】

\* なお、標記の検査を実施後、陽性の検査結果が出た場合は必ず、美郷町役場健康福祉課へ速やかに報告することに同意するものとする。

(本人同意署名)