第１号様式（第５条関係）

いの町新型コロナウイルス感染症に係るＰＣＲ検査券交付申請書

年　　　月　　　日

（宛先）いの町長

申請者　住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被検査者との続柄

次のとおりいの町新型コロナウイルス感染症に係るＰＣＲ検査券の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被検査者 | ふりがな |  | 性　別 | □　男　□　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | □　明　 □　大　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日□　昭　　　　　 |
| 住　　所 | ※申請者と同一の場合は記入不要 |
|  |  |
| 入所予定高齢者施設等区分右のうちいずれかの区分に☑を入れてください | □介護老人福祉施設　　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護医療院　□特定施設入居者生活介護を提供する施設□認知症対応型共同生活介護を提供する事業所□養護老人ホーム□生活支援ハウス　 |
| 入所予定施設名称 |  |
| 入所予定日 | 　　　　　年　　　月　　　日　予定 |
| 入所予定施設住所 |  |
| 入所予定施設電話番号 |  |

* 以下、入所予定高齢者施設等にて記入

|  |  |
| --- | --- |
| 相談年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 担当者所属 |  |
| 担当者氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |