川本町長　様

川本町新型コロナウイルス感染症抗原定性検査事業　検査済報告書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **検査実施日** | 令和４年　　月　　日 | 検査回数 | 　回目　 |
| 申請者 | 氏名 |  | 検査対象者との続柄 |  |
| 住所 | 川本町大字 |
| 連絡先 |  |
| 検査対象者 | 氏名 |  | 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 住所 | 川本町大字 |
| 検査結果 | 　陽性　　　　　陰性　　　（※どちらかに○） |

　【留意事項】

　　○検査後、10日以内に「検査済報告書」を提出してください。

　　○検査結果が陽性であった場合には、

かかりつけ医等の医療機関、または「しまね新型コロナウイルス感染症健康相談コールセンター（県央保健所 電話：0855-84-9810）」へご相談ください。

　　○この検査は、検査の性質上ウイスル検出感度が低いため、感染の診断を確定することは出来ません。

川本町のお問い合わせ窓口

川本町健康福祉課　電話0855-72-0633