

【様式1】

医療従事者である濃厚接触者に対する検査支援事業申込書

令和 年 月 日

広島県知事様

※太枠部分のみを記入してください。

【申込者】

郵便番号	〒	—	
住所			
医療機関名			
代表者名			
担当部署・担当者名			
連絡先(電話)			
メールアドレス・FAX			

【申込内容】

実施期間(見込)		から		まで
必要人数		人		

※濃厚接触者1人分につき10テスト分を送付します。検査キットの種類については選択できません。

【提出先】

広島県医療従事者検査支援事務局  
メールアドレス: iryo@hiroshima-pcr.jp  
FAX: 082-258-5720  
電話番号: 070-2446-1977  
070-2446-1978

【留意事項】

- ・配布されるキットについて濃厚接触者以外には使用しないでください。
- ・抗原検査キットによって陽性となった場合は速やかにPCR検査を実施してください。
- ・配布される検査キット以外で検査を実施した場合は各実施事業所の負担となります。
- ・申込書を送付した際は送付した旨を電話で連絡をしてください。

【事務局記入欄】

受付日	
受付時間	
依頼日	
依頼時間	