

飲食店従業員向け一斉PCR検査申込書（FAX専用）

提出方法：この申込書に必要な事項を記載し、下記のFAXにて申込みください。

申込みに関する問い合わせ先：087-868-3994

提出先：申込受付事務局

FAX番号：087-802-8362

※携帯（スマートフォンを含む）による検査結果通知の受取りを希望される場合は、メールアドレス「info@kagawa-pcr.jp」からのメール受信が可能となるように携帯電話の設定を行ってください。また、検査事業者「mi-light.co.jp」のドメインからのメールを受信できるように携帯電話の設定を行ってください。なお、具体的な設定方法については、契約されている携帯会社に御確認頂きますようお願いいたします。

※申込書の受領後、FAXまたはメールにて確認連絡を行います。翌日までに連絡がない場合はご連絡ください。

店舗名（必須）	郵便番号（必須） （〇〇〇-〇〇〇〇）	住所（必須） （「香川県」から記載）		担当者氏名（必須）
		県・市町村・番地	建物名・号室	
連絡先（電話）（必須） （〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇） ハイフンを入力してください。	検査結果を受取るための連絡先（メールアドレス）又は連絡先（FAX）いずれかに記載			営業許可証に記載 のある番号（必須）
	連絡先（メールアドレス） （メールの御利用が出来ない場合は不要）	連絡先（FAX） （メールの御利用が出来ない場合は必須）		

1 一斉PCR検査申込み（9月30日17時30分締切）

PCR検査を受ける従業員数をご記入ください。（人数分のキットを検査機関から店舗に送付します）

検査対象者：県による営業時間短縮等の要請の対象となる飲食店の従業員の方

（県内において、食品衛生法に基づく営業許可を得て、飲食店又は喫茶店の営業を行っている店舗（小売りを主体とする場合やテイクアウト専門店等は除く）の従業員で無症状の方）

※営業時間短縮等の要請内容は県HPを御確認下さい。

人
※申込後に人数の変更はできません

2 申込みにあたってのチェックリスト（すべての回答欄に「○」が記入されていない場合、検査を受けることはできません）

回答欄に「○」を記入してください

確認内容	回答欄
1 事業内容について	
① 上記の必要記載事項を記載した（上記項目に記入漏れがあると検査を受けることができません。）	
② 県による営業時間短縮等の要請の対象となる飲食店である	
③ 今回の検査は、無症状の者を対象としていることについて従業員に周知した	
④ 今回の検査は、検体採取時点の感染の有無を確認するのみであり、検体採取日以降に感染が起こらないことを保証するものではないことについて従業員に周知した	
⑤ 今回の検査の結果は、店舗と県（陽性の場合は保健所も含む）に通知・共有されることについて従業員に周知し、同意を得た	
2 検査結果が陽性であった場合の準備について	
⑥ 今回の検査で陽性になった場合、保健所に陽性者の氏名と連絡先を伝えることについて従業員に周知し、同意を得た	
⑦ 今回の検査で陽性になった場合、保健所等で確認の検査を実施し、感染が確定した場合は入院・宿泊療養になることについて従業員に周知し、同意を得た	
⑧ 今回の検査で陽性者が確認され、保健所等の再検査によって感染が確定した場合、保健所から店舗内で検査を受けていない従業員に対してPCR検査を受けるよう指示される場合があることについて従業員に周知した	
⑨ 保健所への報告などの連絡体制を整えた	
3 その他	
⑩ 検体キット受取りから3日以内に返送すること等について事業概要リーフレット等を全て確認し、内容を承諾した	

※FAXを利用する場合、個人情報等の漏洩対策を必ず店舗側で行ってください（なお、コンビニ等のFAXを利用する場合はQ&Aの「4」をご確認ください）。