抗原定性検査キット無償配布　予約申込書

参考様式

申込日（令和　年　　月　　日）

申込者情報　※すべて記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名 |  |
| 生年月日 |  |
| 居住地 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス | @ |
| 配布希望個数 | 1テスト　・　２テスト　・　３テスト |

配付を希望する者が以下の項目すべてに該当することを約束します。

□　大阪府内に在住しています

□　２０～４９歳で症状が軽い（発熱・咳等）です

□　重症化リスク因子に該当する基礎疾患等はありません。

【重症化リスク因子】

・肥満（BMI 30以上）、慢性腎臓病、糖尿病、心血管疾患、脳血管疾患、高血圧、

慢性呼吸器疾患（COPD等）、免疫抑制剤や抗がん剤等を使用中など

□　妊娠していません

受取時に**大阪府内在住かどうかを確認**しますので、**居住地のわかるもの**をご持参ください。

例：運転免許証、マイナンバーカード、健康保険証、学生証、郵便物（住所・氏名が確認できるもの）　等

　　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.

抗原定性検査キット無償配布の予約申し込みを受け取りました。

以下の時間に薬局までご来店ください。

|  |
| --- |
| 薬局名： |
| 配付日時 | 月　　　日　午前・午後　　時　　分～　　分 | |
| 薬局からのお知らせ |  | |