

様式第1号（第3条関係）

せたな町12歳未満児抗原検査キット配布申請書

年 月 日

せたな町長 様

住 所  
申請者（保護者） 氏 名  
電話番号

抗原検査キットの配布を受けたいので、せたな町12歳未満児抗原検査事業実施要綱第3条の規定により申請します。

対 象 者	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
	氏 名	
配布希望数	セット	
申請理由	<input type="checkbox"/> 町外への移動をするため (行き先： ) (理 由： ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	

留意事項

- 1 本品による検査結果により、不要不急以外の旅行や移動を推奨するものではありません。引き続きの感染予防対策へのご協力をお願いいたします。
- 2 検査結果に関わらず体調不良等がある場合には、医療機関へ相談をして下さい。  
(直接受診せず、必ず事前の電話連絡を行って下さい。)