【様式-１号】

※旅行事業者用

提出日：令和　　年　　月　　日

新うどん県泊まってかがわ割

ワクチン・検査パッケージ確認代行依頼書

**≪旅行事業者様へ≫**　こちらの書面は

1. 「ワクチン3回以上の接種」の事前確認が店舗等が定休日等の理由により、 困難

な場合

1. ワクチンを3回以上接種していない方で「陰性の検査結果」を提示する方の場合（検

査結果については、有効期限があり確認できる期間が限られていることから、当日確認となります）

にお使い下さい。

※上記①②の場合、旅行開始日に「ワクチン・検査パッケージ」の確認が必要であることを

旅行者に必ず伝え、併せて宿泊施設に対して「ワクチン・検査パッケージ確認の代行依頼」を

事前に行い、理解を得ること。

また、「ワクチン・検査パッケージ確認依頼書（様式-1号）」の原本については利用者に渡し、

お客様に対しては当日、宿泊施設への持参をお願いして下さい。

念の為、宿泊事業者様へコピーをお渡しいただく事を推奨いたします。

また、お客様に対しては、本書とワクチンの3回以上接種証明または陰性の検査結果をお忘れ

た場合、新かがわ割適用不可となる旨を事前に御説明下さい。

※月次報告に添付不要ですが、必ず保管をお願いいたします。

※チェックボックス以外は全て旅行事業者様の方で記入をお願い致します。

**≪宿泊事業者様へ≫** 宿泊事業者は、旅行事業者より依頼を受けた旅行者様の感染症拡大防止対策確認の代行をよろしくお願いいたします。下記の三段目の赤枠事項をチェックしていただき、提示内容に間違いなければチェックボックス内にチェックを入れ、本書面を当該旅行事業者まで、メールまたはFAXにて、送付をお願いします。

**【検査結果通知書】**

共通７項目　≪下記７点が記載の証明書が無いものに関しては新かがわ割適用不可≫

**受検者氏名、②検査結果、③検査方法、④検査所名、⑤検体採取日、⑥検査管理者氏名、⑦有効期限**が明記有り

**≪確認書類≫**

【Ａ】ワクチン接種歴（3回以上）

【Ｂ】PCR検査　 【B】抗原定量検査 　 【C】抗原定性検査

【Ｂ】：陰性であり、有効期限が旅行開始日・宿泊開始日の３日前以降のものである

【Ｃ】：陰性であり、旅行開始日・宿泊開始日の前日又は当日のものである

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **旅行事業者情報** | 事業者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 申送り事項 |  |
| 電話番号 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **宿泊事業者情報** | 事業者名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | 電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【陰性の検査結果を証明する種類】で確認をするご旅行者様※4名以上の場合は複数ましにわたって記載をお願いします。 | ご旅行日 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 | 旅行日数 | 泊 |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 1.代表者名 |  | 2.同行者名 |  |
| 1. ≪確認書類≫　※詳細のチェックは本書上記記載
2. □ワクチン履歴　【B】□PCR検査　【B】□抗原定量検査

【C】□抗原定性検査 | 1. ≪書類≫　※詳細のチェックは本書上記記載

【A】□ワクチン履歴　【B】□PCR検査　【B】□抗原定量検査【C】□抗原定性検査 |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 3.同行者名 |  | 4.同行者名 |  |
| 1. ≪確認書面≫　※詳細のチェックは本書上記記載

【A】□ワクチン履歴　【B】□PCR検査　【B】□抗原定量検査【C】□抗原定性検査 | 1. ≪確認書類≫　※詳細のチェックは本書上記記載

【A】□ワクチン履歴　【B】□PCR検査　【B】□抗原定量検査【C】□抗原定性検査 |