





『泊まって応援！宿泊割引＆クーポン付きプラン』のご利用を検討している皆様へ

利用条件

ワクチンを2回（宮城県内在住者以外は3回）接種済みであること又はPCR検査等の検査結果が陰性であることが必要です。

<予防接種済証の場合>

| 接種済 | | | | 予診のみ | | | |
|--|------------|--------|--------|---|-----|------------|--------|
| 券種 | 2 | ワクチン接種 | 1 | 回目 | 券種 | 1 | 予診のみ |
| 請求先 | 00番00番 | | 123456 | | 請求先 | 00番00番 | 123456 |
| 券番号 | 1234567890 | | | | 券番号 | 1234567890 | |
| 氏名 | 厚生 太郎 | | | | 氏名 | 厚生 太郎 | |
|  OCRライン (18桁) | | | |  OCRライン (18桁) | | | |
| 券種 | 2 | ワクチン接種 | 2 | 回目 | 券種 | 1 | 予診のみ |
| 請求先 | 00番00番 | | 123456 | | 請求先 | 00番00番 | 123456 |
| 券番号 | 1234567890 | | | | 券番号 | 1234567890 | |
| 氏名 | 厚生 太郎 | | | | 氏名 | 厚生 太郎 | |
|  OCRライン (18桁) | | | |  OCRライン (18桁) | | | |

2回分シールが貼られているか確認。
2回目以降14日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

接種を受ける方へ
 ●シールは剥がさずに、台紙ごと接種場所へお持ちください。
 ●右側の予防接種済証は接種が終わった後も大切に保管してください。

<接種記録書の場合>

新型コロナウイルス接種記録書
Record of Vaccination for COVID-19

| 1回目 | 2回目 |
|--------------|--------------|
| 接種年月日 | 接種年月日 |
| 2021年 月 日 | 2021年 月 日 |
| 接種場所 | 接種場所 |

氏名： _____
 性別： _____
 生年月日： ____年 ____月 ____日

新型コロナウイルスの接種を受けた医療従事者等の方へ
 ○上記の接種記録書は、2回目の接種でもシールを貼付しますので、2回目の接種にもご持参ください。接種記録書は、接種の記録となりますので、大切に保管してください。
 ○写真が貼付する接種済証が必要な場合は、住民票がある市町村にお問い合わせてください。（※市役所で接種を受ける場合はありません。）
 ○後付、市町村から届出される接種済証は、使用しないでください。
 ○2回目の接種時に、「接種券付せず接種」と「接種記録書」をご持参ください。

新型コロナウイルスに関する相談先
 ○ワクチン接種後に、接種に異常があるとき
 ⇒ ワクチンの接種を受けた医療機関-かかりつけ医-市町村の保健窓口
 ○予防接種による異常反応についてお尋ね(相談)に関する相談
 ⇒ 市町村の予防接種担当部門

新型コロナウイルスの詳しい情報については、厚生労働省ホームページをご覧ください。
 右のQRコードからアクセスできます。



2回分シールが貼られているか確認。
2回目以降14日経過しているか確認。

運転免許証等により、本人のものか確認。

※上記のうち、宮城県内在住者以外は「2回」を「3回」と読み替えるとともに、14日経過の要件も不要です。

『泊まって応援！宿泊割引＆クーポン付きプラン』のご利用を検討している皆様へ

<接種証明書の場合>

新型コロナウイルス感染症 予防接種証明書
Vaccination Certificate of COVID-19

姓(姓名) (NAME) & (姓)
[Surname/Other surname] [Alternative surname/ Given name (Alternative given name)]

生年月日 [Date of birth] (YYYY-MM-DD)

国籍・地域 [Nationality/Region]

氏字番号 [Passport Number]

1回目接種 [First Dose] 2回目接種 [Second Dose]

ワクシンの種類 [Vaccine Type] ワクシンの種類 [Vaccine Type]

メーカー [Manufacturer] メーカー [Manufacturer]

製品名 [Product Name] 製品名 [Product Name]

製造番号 [Lot Number] 製造番号 [Lot Number]

接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD) 接種年月日 [Vaccination Date] (YYYY-MM-DD)

接種国 [Country of Vaccination] 接種国 [Country of Vaccination]

証明書発行者 [Certificate Issuance Authority]

日本国厚生労働大臣
Minister of Health, Labour and Welfare, Government of Japan

証明書ID [Certificate ID/Number] 証明書発行年月日 [Issue Date] (YYYY-MM-DD)

運転免許証等により、本人のものか確認。

2回接種しているか、2回目以降14日経過しているか確認。

<検査結果通知書の様式例>

検査結果通知書

この検査結果は、「ワクチン・検査パッケージ制度」等においてのみ有効です。
 ・ 利用の際に、身分証明書とともに提示してください。
 ・ 新型コロナウイルス感染者の患者であるかどうかの診断には用いることができません。
病性の方は、速やかに医療機関を受診してください。

受検者氏名 ○○ ○○ (フリガナ ○○ ○○)

検体採取日*1 2021年○月○日

検査結果 陰性・陽性・判定不能

有効期限*2 2021年○月○日

検査方法 抗原検査* 抗原定量検査 抗原定性検査

検体 唾液 鼻拭ぬぐい液 鼻咽ぬぐい液

使用した検査試薬又は検査キット名 ○○ ○○

※1 検査日のみがわかる場合は検査日を記入。抗原定性検査の場合は検査日。
 ※2 有効期限：PCR検査等は採取日+3日、抗原定性検査は検査日+1日

事業所名 (又は検査所名) ○○ ○○

検査管理者氏名 ○○ ○○

【病性の場合】
 医療機関を受診してください。
 受診・相談センターに電話し受診先について相談してください
 電話番号 〇〇-XXXX-XXXX

運転免許証等により、本人のものか確認。

陰性であることを確認。

有効期限内であることを確認。

いずれかの検査であることを確認。

※上記のうち、宮城県内在住者以外は「2回」を「3回」と読み替えるとともに、14日経過の要件も不要です。

- 宿泊時や予約（販売）時での確認に、ご協力をお願いいたします。
- 確認にあたっては、**予防接種済証等を撮影した画像や写し等の提示でも構いません。**
- **確認書類の持参忘れにより確認できない場合、宿泊割引の対象とはなりません。**
 （仮に、宿泊キャンセルを行った場合は、お客様負担でキャンセル料が発生します。なお、予防接種済証等の後日の提出も認められません。）