新型コロナウイルス感染症のPCR検査（証明書発行）
　申　込　書

**申込日　　　　年　　　月　　　日**

[ ] 検査の当日に通訳が必要な場合は、ご同行をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **検査希望者** | **検査希望日** | 　　　　年　　月　　日 |
| **目的** |  |
| **連絡先** | Tel：Mail : |
| **ふりがな** |  |
| **氏　名** | ID番号　　　　　　　　（当院に受診歴のある方） |
| **生年月日・性別** | 年　　月　　日（男・女） |
| **住所** | 〒　 |
| **来院時の****車種/ナンバー** | 　　　　　　　　/ |
| **渡航先を　ご記入ください** | **渡航国** | □検査結果の制限あり（　　　　時間以内） |
| **検査法の指定** | 無　　有（ 唾液　鼻咽頭ぬぐい） |
| **渡航日時** | 　　年　　　　月　　　　日　　 |
| **渡航期間** | 　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 |

土浦協同病院　なめがた地域医療センター