

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	<input type="checkbox"/> 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