新型コロナウイルス感染症のPCR検査（証明書発行）  
　依頼状

**申込日　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依頼者** | **検査希望日** | 年　　月　　日 |
| **企業/団体名**  **（所属/職位）** |  |
| **連絡先** | Tel：  Mail : |
| **企業/団体所在地** | 〒 |
| **渡航国** |  |
| **渡航日時** | 年　　　月　　　　日～  　　　 年　　　月　　　　日 |

土浦協同病院　なめがた地域医療センター