

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