

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) |
| | パスポートNo. | |
| | 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 |