

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