

## 新型コロナウイルスPCR検査申込書(自費診療)

受付日: 令和 年 月 日

フリガナ			ID:
氏名			性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日生		歳
現住所	〒(            -            )		
連絡先	日中連絡可能な電話番号 (            ) -		
	検査当日ご持参される携帯番号 (            ) - (上記と同じ場合は記載不要)		
証明書送付先 (現住所と異なる場合)	〒(            -            )		
検査(予約)年月日	令和 年 月 日 (            )		13時 分
来院時の車	車種(            ) 色(            ) ナンバー(            -            )		
陰性証明書の要否	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 英語		
	<input type="checkbox"/> 不要		
検査結果報告書の受取方法	<input type="checkbox"/> 郵送 (翌日発送)		
	<input type="checkbox"/> 当院窓口にて受取(翌日以降)		
備考	パスポート番号:		