

海外渡航前新型コロナウイルス感染症の PCR 検査

申 込 書

「海外渡航前新型コロナウイルス感染症の PCR 検査注意事項」をご確認の上お申し込み下さい。

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) | |
| | 企業・団体所在地 | |
| | 連絡先 | Tel : Mail : |
| | 依頼者 | |
| 検査希望者 (渡航者) | 氏 名 | 当院診察券番号 : (当院に受診歴のある方) |
| | 生年月日・性別 | 年 月 日 (男・女) |
| | 住所 | 〒 Tel : |
| | 渡航国 | <input type="checkbox"/> 証明書の有効期限あり (時間以内) |
| | 渡航予定日時 | 年 月 日 時 分 |
| | 指定証明書 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※指定証明書がある場合は申込時に指定 証明書のコピーを添付してください。 |

【ご予約・お問い合わせ】

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 健診センター

電話番号 (0566) 25-8182

FAX 番号 (0566) 21-2673