

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