（申込書）

新型コロナウイルスＰＣＲ検査（自費診療）申込書

※申込書記載前に、必ず電話にて予約をお取りください。

申込日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 予約日時 | 令和　　年　　月　　日　　午前９時 |
| ふりがな | 　　　　　　　　　　　　 |
| 漢字氏名 | 　　　　　　　　　　　（診察券番号）　　　　　－　 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大正　昭和　平成　令和　　　年　　月　　日 |
| 連絡先 | 　　　　－　　　　－　　　　 |
| 住所 | 　〒　　　－　　　　 |
| 検査目的 | 　〇を記入してください　（　　　）　海外渡航のため　（　　　）　仕事などで必要なため　（　　　）　施設等に入所、入居するため　（　　　）　その他（理由を下にご記入ください）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 海外渡航目的の方のみご記入ください | 　渡航国：　搭乗予定日：令和　　年　　月　　日　　※当日はパスポートを必ず持参ください。 |
| 証明書 | 　〇を記入してください　（　　　）　英語　（　　　）　日本語　（　　　）　不要　（　　　）　指定用紙あり　　※当日必ず持参ください |

　【申し込み先】

メール：ijika@shimada-gmc.jp

ＦＡＸ：０５４７－３６－９１５５