（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](mailto:ijika@shimada-gmc.jp)

ＦＡＸ：０５４７－３６－９１５５