

渡辺内科クリニック PCR検査申込書

令和 年 月 日

ふりがな	
氏 名	
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
性 別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
連絡先	自宅電話 携帯電話
住 所	〒

【検査について】

検査目的

- 勤務先へ提出
帰省
海外渡航
旅行
その他（ ）

検査証明書の受取方法

- 自宅へ郵送
来院して受け取り
メールで報告（メールアドレス： ）

【検査予約先】 検査可能日は月火を除く水木金土の午前中のみで、日曜・祝日は不可

渡辺内科クリニック 電話 0270-21-9777 FAX 0270-21-9780