

ソレイユあさひクリニック PCR検査申込書

申込される方について

年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
連絡先	※ 日中連絡が取りやすい番号を記入してください
住所	〒

検査目的

- 勤務先からの指示
- 帰省
- 海外渡航
- その他()

※検査結果が陽性の場合は、ご本人様及び保健所に、早急に電話連絡いたします。

検査証明書の発行について ※別途料金がかかります。

- 必要
- 必要なし

検査証明書の受取方法

- 上記で必要にした方
- 自宅へ郵送
 - 来院して受け取り