|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 予約日時 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　時 ～ | | | |
| ※申し込みの前に必ずお電話で予約をお取りください。 | | | |
| ふりがな |  | | | |
| 漢字氏名 |  | | | |
| 性別 | 男 ・ 女 | | | |
| 生年月日 | Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　　年　　　　月　　　　日 | | | |
| 連　絡　先 |  | | | |
| 住　所 | 〒　　　　　　－ | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 検査目的 | ○印を記入ください | | | |
| （ |  | ） | 海外渡航のため |
| （ |  | ） | 施設等に入所、入居するため |
| （ |  | ） | 新型コロナウイルスにかかっているか心配なため |
|  |  |  | ※症状がある方は検査できません。 |
| （ |  | ） | その他（理由をご記入ください） |
|  |  |  |  |
| 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： | | | |
| ※当日はパスポートを必ず持参ください。 | | | |
| 証明書 | ○印を記入ください | | | |
| （ |  | ） | 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

　Mail pcrjihi@hmedc.or.jp

Fax 053-452-9217

R2.11 浜松医療センター