

新型コロナウイルスPCR検査（自費診療）申込書

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