

ID : _____ (病院記載欄)

新型コロナウイルス唾液PCR検査 申込書(自費用)

医) 誠和会 長谷川病院 病院長殿

カナ		生年月日	(西暦) 年 月 日	性別	男・女
氏名		電話番号			
住所	〒 - ※アパート、マンション名までご記入ください				
検査の動機	※感染者との濃厚接触、夜の街への外出、同じ建物内・会社等で感染者がいる等				

*電話番号は、必ずご連絡の取れる番号をご記入ください。

検査日: 令和 年 月 日 () 時

※いずれかに☑をつけてください

診断書: 希望する (日本語 英語)

希望なし

診断書受取: 来院にてお渡し※結果判明より翌診療日から受け取り可能です

郵送(別途1000円税込) ※結果判明より翌営業日に発送いたします

領収書宛名: 本人様名

ご本様名以外(会社名等) 宛名: _____

※記載金額に、検査費・診断書代・郵送費を含めるか (はい いいえ)