

ビジネス渡航者向け新型コロナウイルス感染症のPCR検査

申 込 書

医療法人社団同樹会 結城病院 殿

申込日 年 月 日

依頼者	検査希望日	年 月 日		
	企業・団体名 (所属/職位)			
	企業・団体所在地			
	連絡先	Tel		
		Mail		
担当者				
検査希望者 (渡航者)	氏名			
	ID番号(当院に受診歴のある方) 診察券裏面の番号			
	生年月日・性別	年 月 日	歳	性別 男・女
	住所	〒		
		住所		
		Tel		
	渡航国	<input type="checkbox"/> 検査結果の制限あり (時間以内)		
渡航日	年 月 日	時	分	
渡航期間	年 月 日 ~ 年 月 日	日間		