

(自主検査) 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

フリガナ			
氏 名			
生年月日・性別	年 月 日	歳	性別
			男・女
住所			
連絡先	携帯電話		
	Mail アドレス		
検査希望日	年 月 日		
ID番号(当院に受診歴のある方) 診察券裏面の番号			