

新型コロナウイルス感染症の PCR 検査（証明書発行）

申 込 書

申込日 年 月 日

証明書の言語	<input type="checkbox"/> 英語 ・ <input type="checkbox"/> 日本語
--------	--

検査の当日に通訳が必要である。 言語（ ）語

検査希望者	検査希望日	年 月 日 ( )
	証明書受取り希望日*	年 月 日 ( )
	目的	
	ふりがな  氏 名	ID 番号 (当院に受診歴のある方)
	連絡先	Tel :  Mail :
	生年月日・性別	年 月 日 (男・女)
	住所	〒
渡航する方 のみご記入 ください	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

※証明書の受け取りは平日のみとなります。

公立陶生病院