

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

医療法人社団どんぐり会

那珂キッズクリニック小児科 殿

申し込み日 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)	フリガナ		国 籍		
	氏 名				
	英語表記名				
	生年月日・性別	西暦	年	月	性別
					日
	住 所	〒			
		住所			
		携帯電話			
	既往歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )		
	現病歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )		
	パスポート番号				
渡 航 国	国内移動の場合は、都道府県名をご記入ください。				
備 考	※提出書類に必要な項目(検査内容やフォームの有無等)や条件(診断から申請までの期間等)につきましては、ご予約前にご自身で当該国の在日大使館等にご確認ください。				
	<input type="checkbox"/> 検査結果の制限あり ( 時間以内) (制限内容について具体的にご記入ください)				
渡 航 日	年	月	日	時 分	
渡航期間	年	月	日～	年 月 日 日間	