

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

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			
	氏名			
	診察券番号			
	生年月日・性別	西暦	年 月 日	性別
				歳 男・女
	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。			
	※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	