**星ヶ丘マタニティ病院御中 (FAX 052-782-2678, E-mail: naika@toukeikai.com)**

**必要事項をご記入の上、FAXあるいはメールで送信下さい。全部で１枚です。**

**入国後のPCR検査 申込書　（　　　　年　　月　　日）**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏名** |  |
| **性別** |  |
| **生年月日** | 西暦　　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| **連絡先** | 住所：〒  　　　　県　　　　　市  電話：　　　　　　　　　　FAX：  Mail：　　　　　＠ |
| **検査希望日**  月～土午前中 | 第１希望　　　年　　月　　日（　）  第２希望　　　年　　月　　日（　） |
| **PCR検査検体** | 鼻咽頭から採取・唾液（いずれかに〇を）※ |
| **入国日** | 西暦　　　　　年　　　月　　　日　　　曜日 |
| **パスポート番号** | （当日はご持参下さい） |

* 検査は鼻咽頭（鼻の穴から）採取と唾液がありますが、検査同日に証明書が必用な場合は「鼻咽頭」、翌日午前中の場合は「唾液」を選択下さい。検査キット等の状況で変更をお願いすることもあります。

注１：検査費用は自費診療となり税抜き20,000円（証明書代を含む）、郵送希望の場合は1,000円追加となります。結果が陰性の場合は、証明書を総合受付で受け取る際にお支払い下さい。

注２：当日は車でご来院下さい。当院駐車場の車中あるいは発熱外来で問診・検査をします。