

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○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、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。