

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。