

新型コロナウイルス感染症 PCR・抗原抗体検査 申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご依頼者	検査希望日 (希望の検査に○を 付けてください)	_____ 月 _____ 日 午前、午後 PCR 検査・抗体検査・抗原検査
	企業・団体名	
	同 所在地	
	連絡先	Tel : Mail :
	担当者	
検査希望者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日・性別	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (男・女) (_____) 歳
	住 所 連絡先	〒 _____ Tel : _____
	検査証明書	あ り ・ な し
	備 考 (領収書宛など)	

遠藤クリニック

〒417-0821 静岡県富士市神谷527-1

Tel: 0545-34-0048, Fax: 0545-38-0285, E-mail: staff@endo-cl.jp