

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：鼻・咽頭ぬぐい液 (スワブ) PCR 検査：唾液による検査 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)	

\* 検査当日は、可能な限り車で来院下さい。車で来られない方は、備考欄にその旨ご記載をお願いします。

遠藤クリニック

〒417-0821 静岡県富士市神谷5 2 7-1

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