新型コロナウイルス感染症　PCR・抗原・抗体検査　申込書

※PCR の予約受付は 1 ヶ月前からとなります。1 月以上先の予約は原則お受けできません（特別の事情のある方はご連絡ください）。

申込日　　年　　月　　日

ご依頼者	検査希望日 （希望の検査に〇を 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５２７―１
Tel：0545-34-0048, Fax：0545-38-0285,　E-mail：staff@endo-cl.jp