

ビジネス渡航者 新型コロナウイルス感染症 PCR 検査

Traveler Application form of PCR test for SARS-Cov-2

(Please bring a valid passport at the time of examination and wearing a mask)

申 込 書 (有効なパスポート持参の上マスク着用で来院をお願いします)

		申込日(Application date)	年(year)	月 (month)	日(date)
ご依頼者 Requester	検査希望日 Desired date of inspection	_____ 月 _____ 日 午前、午後 / / am , pm			
	企業・団体名 Company Name				
	同 所在地 Business Address				
	連絡先 Contact Information	Tel : Mail :			
	担当者 Person in charge				
検査希望者 (渡航者) Traveler	渡航者 氏 名 Name				
	国籍 Nationality				
	パスポート英語表記 Passport name				
	パスポート番号 Passport number				
	生年月日・性別 Birthday/gender	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (男・女) ()歳 / / M・F age()			
	住所 Address/Tel	〒 Tel :			
	渡航国 Country of Travel	<input type="checkbox"/> 検査結果の制限あり (_____ 時間以内) Limited inspection Within hours Within days			
	渡航日 Date of departure	_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 / / am , pm			

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