

新型コロナウイルスPCR検査 申込用紙

私は、表記の自費検査を申し込みます。

申し込みにあたっては、検査説明書をよく読んで理解し、指示に従い適切に唾液サンプルを容器に採取し、梱包し、記名します。

なお、私は、「新型コロナ感染症を疑う発熱やかぜ症状はありません」。また、「コロナ感染症患者の濃厚接触者ではありません」。

ふりがな		ふりがな			
名 前		保護者氏名	未成年の方のみ		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	年 齢	歳	性 別	男・女
当院受診歴	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	診察券番号 [] 受診歴がある方は必ずご記入ください		
住 所	〒 - - -				
電 話	第一希望	- -			
	第二希望	- -			
	[必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください]				
書類受取方法	<input type="checkbox"/> 電話報告のみ <input type="checkbox"/> 窓口手渡し <input type="checkbox"/> 郵 送 (普通郵便)				

検査目的	(簡潔に)				
検査申込日	2021 年 月 日				
検査料 (含郵送料)	税込 27,500円				
陰性証明書	<input type="checkbox"/> 不 要	<input type="checkbox"/> 必 要 (<input type="checkbox"/> 日本語 <input type="checkbox"/> 英 語)			
証明書発行料	税込 1,100円				

料 金 (税 込)	検査のみ	<input type="checkbox"/> 27,500円
	検査と証明書	<input type="checkbox"/> 28,600円

サンライズクリニック 内科 糖尿病内科 循環器内科
〒 110-0015 東京都台東区東上野1-7-2 富田ビル2F
☎ 03-3836-3321 Fax 03-3836-3320