

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、貴院の説明書をよく読んで理解し、適切に唾液サンプルを容器に採取し、梱包し、唾液採取日を記入します。また、唾液サンプルの持ち込み時間を厳守します。

なお、私は、「新型コロナウイルス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	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	〒 -				
書類送付先 住 所	〒 - 上記と異なる場合のみご記入ください				
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]

検査を希望する理由	(簡潔に)				
検査申込日	年 月 日				
検査料 (含郵送料)	¥ 29,000		消費税 ¥ 2,900		
証明書	<input type="checkbox"/> 不 要	<input type="checkbox"/> 必 要 (<input type="checkbox"/> 日 本 語 <input type="checkbox"/> 英 語)			
証明書料 (1通当たり)	¥ 1,000		消費税 ¥ 100		

総 額 (税 込)	検査のみ	¥ 31,900
	検査・証明書1通	¥ 33,000
	検査・証明書2通	¥ 34,100

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