

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	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。なお、結果報告の電話は原則として当クリニックからかけます。従って番号03-3836-3321が通知されましたら、電話にお出になってください。		
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	2022 年 月 日		
検査料（含郵送料）	税込 14,000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 1,000円		

料 金（税 込）	検査のみ	<input type="checkbox"/> 14,000円
	検査と証明書	<input type="checkbox"/> 15,000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