

新型コロナウイルス自費PCR 予約申し込み書

FAX (0859) 38-6690

電話(0859)38-7570(14:00~17:00)

申込年月日		年	月	日			
ふりがな				性別	男	生年月日	年齢
氏名					女	明・大・昭・平・令・西暦	
		〒	□□□	-	□□□□	連絡先	
現住所	アパート・マンション名、部屋番号 ( )				電話		
					携帯		

※以下の自費診療希望理由を選択し( )に○を記入し、該当の内容を記載してください。

自費診療希望の理由

理由① ( ) 海外渡航するためにPCR陰性証明書が必要

海外渡航の場合 (複数の場合、代表者の連絡先: )

- ・渡航先 ( )
- ・渡航日(出発日)( 年 月 日 )
- ・入国何時間前のPCR検査が必要ですか ( 時間前)
- ・PCR検査希望日 ( 年 月 日 時 )
- ・証明書に書式がありますか 有(ある場合、事前FAXをお願いします) ・ 無
- ・証明書は 英語 ・ 日本語 ( 通)
- ・証明書に必須の要項があれば教えてください

( )

- ・証明書の受け取り希望日 ( 年 月 日 )

検査結果の目安

8:30~検体採取 ... 当日夕方以降、証明書発行

11:00~検体採取 ... 翌日朝以降、証明書発行

理由② ( ) 県外から戻るので職場等に提出するPCR陰性証明書が必要

- ・県外から戻ってこられる日( 年 月 日)
- ・PCR検査希望日( 年 月 日) 8時30分 11時
- ・証明書受け取り希望日( 年 月 日)

理由③ ( ) 保健所から検査対象ではないと言われたが、検査をしたい

理由④ ( ) その他(具体的に )

具体的な検査を受けたい経緯を聞いて下さい。

( )

- ・PCR検査希望日( 年 月 日)8時30分 11時
- ・証明書が必要か はい いいえ
- ・証明書受け取り希望日( 年 月 日)