

FAX 番号：0297-38-5622

総合守谷第一病院健康増進センター行

日本国内

新型コロナウイルス PCR 検査申込書

Caution! 海外渡航使用不可

You cannot travel abroad with this reservation

検査予約日 (Desired inspection date)	月 日 <input type="checkbox"/> 9時30分～10時15分 <input type="checkbox"/> 12時00分～12時30分 予約時間までに必ずお越しください
ワクチン接種 有 ・ 無	COVID-19 罹患歴 有 ・ 無

※検査証明書の発行は検査当日の14時以降になります（再検査の場合はご連絡します）

フリガナ		性別
氏名 (Name)		男(M) ・ 女(F)
生年月日 (date of birth)	西暦 (Year)	年 月 日
住所 (address)		
電話番号 (telephone No)		

本検査は自費検査となります。本検査及び証明書により不利益が生じた場合、御本人の責任であることを了承して頂いた上で検査を実施し、検査証明書を発行致します。日本国外では使用できません国内でのPCR陰性証明専用となります。国内旅行でも使用できます。検査証明書のサンプルはホームページにありますので、必ず内容のご確認をお願いいたします。

以上に同意した上で検査を申し込みます。

日 付 _____ 年 月 日

氏名（自署） _____

（保護者氏名） _____