

## コロナ PCR 唾液検査 FAX 申込書

下記の申込書に必要事項を記入後、当院に FAX をしてください。電話での受付はしておりませんのでご注意ください。

後日説明書と検査キットをお送りいたします。

\*電話、メールでの対応はしておりません。

送り先 星川内科外科健診ルーム

FAX 045-336-3349

私はこの検査の意義、性質を理解したうえでコロナ PCR 検査を申し込みます。

〒 _____
住所 _____ _____
(フリガナ) _____
お名前 _____

生年月日 (西暦) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

FAX 番号

— —

---

証明書

不要 必要 (○で囲んでください)