

新型コロナウイルス唾液PCR・血液抗体検査(自費検査)申込票

検査日	西暦 年 月 日
2週間以内の症状出現	有 ・ 無
上記有の方 選択	発熱・咽頭痛・咳・息切れ・嗅覚障害・味覚障害
濃厚接触歴	有 ・ 無
渡航・県外外出歴	有 ・ 無
上記有の方 渡航外出先	
希望検査	PCR検査 ・ 抗体検査
クリニック発行証明書希望	有 ・ 無
上記有の方 言語	日本語 ・ 英語
渡航用証明書の場合	渡航先()
パスポート旅券番号	
パスポート有効期間満了日	西暦 年 月 日
氏名(ふりがな)	
氏名(漢字)	
性別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日
年齢	歳
郵便番号	〒 —
住所(自宅)	
自宅以外結果郵送希望の方	〒 —
連絡先(自宅)	()
連絡先(携帯)	()
検査時自家用車	車名()色()
自家用車番号(例 は88-88)	—
本人以外の会社名等での領収書希望	有 ・ 無
領収書の名前	

2週間以内に症状はないこと
濃厚接触歴が保健所やアプリ等で確認されていないこと
を宣誓し、上記検査の申込みを行います。