

## 新型コロナウイルス自費検査申込票

申込日	西暦 年 月 日
希望検査日	西暦 年 月 日
2週間以内の症状出現	有・無
上記有の方 症状詳細	
濃厚接触歴	有・無
4週以内の渡航歴	有・無
上記有の方 渡航先	
希望検査	RT-PCR検査(唾液・咽頭ぬぐい) NEAR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	渡航先国名( )
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)	<small>証明書希望の方は住所のふりがなをお願い致します</small>
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	