

新型コロナウイルスPCR検査(自費診療)申込書兼同意書

フリガナ			ID :
氏名		男・女	申し込み日
			R 年 月 日
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生	歳
現住所	〒(-)		
連絡先	日中連絡可能な電話番号		() -
	検査当日ご持参される携帯番号 (上記と同じ場合は記載不要)		() -
証明書送付先 (現住所と異なる場合)	〒(-)		
受診希望日	<input type="checkbox"/> R 年 月 日 (火 ・ 木)		
来院時の車	車種() 色() ナンバー(-)		
現在の保険証	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 社会保険(本人 ・ 家族) <input type="checkbox"/> その他		

同意書

川内市医師会立市民病院 院長 殿

新型コロナウイルスPCR検査(自費診療)説明書を理解し、検査を受けることに同意します。

年 月 日

署 名

連絡先
