

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
英字氏名 (英文証明書希望の方のみ)			
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)	〒(-)		
受診日時	令和	年 月 日 ()	:
来院時の車	車種()	色()	ナンバー(-)

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。

令和 年 月 日

署 名 _____

連絡先(電話番号) _____