

新型コロナウイルス感染症のPCR自費検査 申込書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査希望日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ :

受 検 者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日・性別	_____ 年 _____ 月 _____ 日 男・女
	住所	〒 _____ ー _____
	電話番号	(_____) _____ ー _____

受検者との続柄

申込者名 _____ (_____)
(受検者本人の場合、記載不要)

陰性証明書の発行 _____ 要 ・ 不要

結果が「陽性」の際は、当院から保健所へ報告いたします

鳥取県中部医師会立三朝温泉病院