

PCR 検査（自費） 依頼状

年 月 日

依頼者	氏名	
	会社名 (所属)	
	会社所在地	
	会社連絡先	Tel :
検査希望者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	性別	
	年齢	歳
	予約希望日	年 月 日
	渡航先国 <small>※渡航・帰国者のみ記載</small>	
	渡航期間 <small>※渡航・帰国者のみ記載</small>	年 月 日 ～ 年 月 日

※ この用紙は、予約日の3日前までに下記ファクシミリまで送信してください。

送付先 (FAX) 086-737-3011 (入退院管理支援センター)

なお、送信後2～3時間経過しても、折り返しご連絡が無い場合は、お手数ですが、
下記までご連絡いただきますようお願い致します。(土、日、祝日は除く)

(代表) 086-737-3000 入退院管理支援センター 内線 2020 or 2226