**岡山市立市民病院長様　宛**

**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****※渡航・帰国者のみ記載** |  |
| **渡航期間****※渡航・帰国者のみ記載** | 　　　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**