FAX：0955-46-2823　　　電話：0955-46-2121

アドレス：[kenshinpcr@imari-arita-hp.or.jp](mailto:kenshinpcr@imari-arita-hp.or.jp)

新型コロナウイルス遺伝子検査申込書（ビジネス渡航者・海外留学者以外の方）

（フリガナ）

氏名

生年月日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　性別　男　・　女

住所　〒

電話番号（日中連絡用）

○当院は、初めてですか。　　　□　はい　　　□　いいえ

○検査の目的を選択ください

□　就業にあたって必要　　□　医療機関等を利用する際に必要

□　その他:

○診断書（遺伝子検査陰性報告書）に関して選択ください

□　日本語で必要　　□　英語で必要　　□　診断書は必要ない

○結果報告

□　結果を取りに来院します

□　結果のFAXを希望します（下記にFAX番号を記入ください。）

□　結果の電話連絡を希望します（下記に電話番号を記入ください。）

送付先FAX番号

送付先電話番号

○検査希望日時を下記に記入してください。

時間帯は、14：00～　各5名検査可能です。

|  |  |
| --- | --- |
| 第一希望 | 月　　　日　（　　）　　　：　　　～ |
| 第二希望 | 月　　　日　（　　）　　　：　　　～ |
| 第三希望 | 月　　　日　（　　）　　　：　　　～ |

○質問事項があれば、ご記入ください。

○検査日時・質問については、後日、下記に連絡いたします。

　　□　電話での連絡を希望

　　電話番号　（　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　）

□　FAXでの連絡を希望

　FAX番号（　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　）

□　メールでの連絡を希望

　アドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）



〒849-4193　　　佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲860番地