

新型コロナウイルス感染症 検査申込書

申込日	令和 年 月 日
ふりがな	性別
お名前	(自署) 男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 平成・令和
ご住所	〒 -
お電話番号	- -
<p>確認事項（ご理解頂けた項目の□にチェックをお願い致します）</p> <p><input type="checkbox"/> 保険適用ではなく自費診療であること</p> <p><input type="checkbox"/> 検査の待ち時間や検査結果が翌日になる可能性があること</p> <p><input type="checkbox"/> 検査結果は窓口での直接手渡しであること</p>	
<p>上記の内容を理解した上で、新型コロナウイルス核酸増幅法検査を</p> <p><input type="checkbox"/> 希望します</p>	
<p>検査結果証明書（別途 ¥2,200）を</p> <p><input type="checkbox"/> 希望します。</p> <p style="padding-left: 40px;">日本語 ・ 英語 ・ 中国語 （ご希望の言語を○で囲んで下さい）</p> <p><input type="checkbox"/> 希望しません。</p>	