

新型コロナウイルスPCR検査申込書・同意書

下記の①～⑥をご記入ください

| | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------------------------------|---|---|---|------|
| ① | フリガナ | | | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| ② | 生年月日 | (西暦) | 年 | 月 | 日 | ()歳 |
| ③ | 性別 | 男 | 女 | | | |
| ④ | 住所 | 〒 | | | | |
| ⑤ | 検査結果送付先 (住所と異なる場合) | 〒 | | | | |
| ⑥ | 日中に連絡が取れる 電話番号 | (陽性の場合は電話連絡をさせていただきますので、必ずご記入ください。) | | | | |

公立森町病院 院長 さま

だ液による新型コロナウイルスPCR検査」(自費診療)＜説明書＞を読み、内容を理解しました。

だ液による新型コロナウイルスPCR検査に同意します。

年 月 日

署名
