

帰省者向け新型コロナウイルス感染症の PCR 検査

申込書

医療法人社団どんぐり会

那珂キッズクリニック小児科 殿

申込み日 年 月 日

検査希望日	年 月 日
ふりがな	
氏名	
診察券番号	
学校・会社名	
生年月日・性別	西暦 年 月 日 歳 男・女
連絡先	携帯番号
現住所 (帰省前)	〒
	住所
住所 (帰省先)	〒
	住所
備考	