

申込日 年 月 日



# PCR検査・抗体検査 証明書 申込み用紙

●ご希望の項目の□ボックスに✓をいれてください●

ご希望の検査

- PCR検査(証明書付) ..... 20,000円
- PCR検査のみ ..... 17,000円
- 即日抗体検査(証明書付) ..... 5,000円

結果・証明書  
受取方法

- クリニック窓口にて受取り  
( 医師からの説明を希望する)
- 郵送希望(下記へ住所記載ください)

申込者氏名		性別	生年月日		
ふりがな		男 ・ 女	年	月	日
			年齢 歳		
住所	〒 -				
	(TEL - - )				
郵送先	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ場合はこちらチェックを入れてください				
	〒 -				
●事業所単位でのお申し込みの場合のみ、下記も記入ください					
事業所名／		申込み人数／		名	

お問い合わせ TEL.0965-32-3410 FAX.0965-34-7365