

## 自費検査

# PCR検査・抗原定性検査 申込書

●ご希望の項目の□ボックスに✓をいれてください●

- PCR検査 (医師署名入り証明書付き) ……15,000円 (税込)
- PCR検査 (検査のみ) ……12,000円 (税込)
- 抗原定性検査 (医師署名入り証明書付き) ……10,000円 (税込)

※本田クリニックでは抗原定量検査は取り扱っておりません。

|       |                      |      |                              |                               |
|-------|----------------------|------|------------------------------|-------------------------------|
| 申込日   |                      | 年    | 月                            | 日                             |
| 申込者氏名 | ふりがな                 | 生年月日 |                              |                               |
|       |                      | 年    | 月                            | 日                             |
|       |                      | 男    | 年齢                           |                               |
|       |                      | 女    | 歳                            |                               |
| 住所    | 〒 -                  |      |                              |                               |
| 電話    | ※必ず連絡のとれる番号を記入してください |      |                              |                               |
|       | [携帯]                 | [固定] | <input type="checkbox"/> 自宅: | <input type="checkbox"/> 事務所: |

|     |                 |                              |                                   |
|-----|-----------------|------------------------------|-----------------------------------|
| 領収書 | ※いずれかに✓をつけてください |                              |                                   |
|     | ・領収書は必要ですか?     | <input type="checkbox"/> 要   | <input type="checkbox"/> 不要       |
|     | _____           |                              |                                   |
|     | ・宛名の指定はありますか?   | <input type="checkbox"/> ご自身 | <input type="checkbox"/> 指定宛名 ( ) |