

ビジネス渡航用PCR検査依頼状

依頼者	フリガナ 氏名	
	企業・団体名 (所属/職位)	
	企業・団体 所在地	
	連絡先	(Tel)
		(Mail)
検査日	(西暦) 年 月 日	
検査希望者 (渡航者)	フリガナ 氏名	
	生年月日	(西暦) 年 月 日
	住所	
	連絡先	(Tel)
	渡航国	
	渡航期間	(西暦) 年 月 日 から (西暦) 年 月 日 まで

- 本依頼状の個人情報は、今回PCR検査実施ならびに証明書作成以外の目的には使用いたしません。
- こちらの用紙は、ホームページまたはお電話での予約前に下記ファクシミリに送信してください。
※ 予約受付並びに依頼状受信後に、担当者より『予約確定』のご連絡をさせていただきます。

○ 送付先 (ファクシミリ) **078-918-1601** (石井病院 健診センター)