

診療申込書（抗原検査）

該当する場所に○を付けてください

フリガナ	
氏名	男 女 (旧姓)
生年月日	明治 平成 大正 令和 年 月 日 昭和 年齢 歳
住所	〒 市 町 アパート等名称
電話番号	自宅 携帯 ※必ず連絡を取れる電話番号をご記入ください。
車種・色・No.	車種 () 色 () ナンバー ()
勤務先及び 勤務場所	
学校名	
検査結果	検査後約2時間後に取りに来てください。 (16時以降のお渡しになります)
診断書	必要 不要 ※診断書が必要な場合は郵送不可です(金額は2,200円〈税込〉必要です)