**診療申込書（抗原検査）**　該当する場所に〇を付けてください

|  |  |
| --- | --- |
| 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） |