**新型コロナウイルス感染症　PCR・抗原・抗体検査　申込書**

※PCRの予約受付は1ヶ月前からとなります。1月以上先の予約は原則お受けできません（特別の事情のある方はご連絡ください）。

**申込日　　　　　年　　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ご依頼者** | **検査希望日****(希望の検査に〇を****付けてください)** | **月　　日　午前、午後****PCR検査：鼻・咽頭ぬぐい液（スワブ）****PCR検査：唾液による検査****抗体検査　　・　　抗原検査** |
| **企業・団体名** |  |
| **同　所在地** |  |
| **連絡先** | **Tel：****Mail :** |
| **担当者** |  |
| **検査希望者** | **フリガナ** |  |
| **氏　名** |  |
| **生年月日・性別** | **年 　月　　 日 （男・女）(　　　)歳**  |
| **住　所****連絡先** | 〒**Tel：** |
| **検査証明書** | **あ　り　・　な　し** |
| **備　考****(領収書宛など)** |  |

**＊検査当日は、可能な限り車で来院下さい。車で来られない方は、備考欄にその旨ご記載をお願いします。**

**遠藤クリニック**

**〒417−0821 静岡県富士市神谷５２７―１**

**Tel: 0545-34-0048, Fax: 0545-38-0285, E-mail: staff@endo-cl.jp**