**ビジネス渡航者　新型コロナウイルス感染症PCR検査**

**Traveler Application form of PCR test for SARS-Cov-2**

**(Please bring a valid passport at the time of examination and wearing a mask)**

**申　込　書（有効なパスポート持参の上マスク着用で来院お願いします）**

**申込日(Application date)　　　　　年(year)　　　月（month）　　　日(date)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ご依頼者**  **Requester** | **検査希望日**  **Desired date of inspection** | 月　　日　午前、午後  / / am , pm |
| **企業・団体名**  **Company Name** |  |
| **同　所在地**  **Business Address** |  |
| **連絡先**  **Contact Information** | **Tel：**  **Mail :** |
| **担当者**  **Person in charge** |  |
| **検査希望者**  **（渡航者）**  **Traveler** | **渡航者　氏　名**  **Name** |  |
| **国籍**  **Nationality** |  |
| **パスポート英語表記**  **Passport name** |  |
| **パスポート番号**  **Passport number** |  |
| **生年月日・性別**  **Birthday/gender** | **年 　月　　 日 （男・女）(　　　)歳**  **/ / M ・F 　age( )** |
| **住所**  **Address/Tel** | 〒  **Tel：** |
| **渡航国**  **Country of Travel** | **□　検査結果の制限あり（　　　　時間以内）**  **Ｌｉｍｉｔｅｄ　ｉｎｓｐｅｃｔｉｏｎ　　　　　　　　Ｗithin hours**  **Within days** |
| **渡航日**  **Date of departure** | 年　　月　　日　　　時　　分  / / am , pm |

* 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）。

**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**