**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**