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