

# 新型コロナウイルス感染症 PCR検査申込書

## COVID-19 PCR test request form

申込日 Application Date

月(mm)

日(dd)

クリニックのPCRに関するお知らせを読んで理解いただけましたか。  
 「新型コロナウイルスPCR検査開始のお知らせ」を必ずお読みください。  はい  
 Have you read about "COVID-19 PCR test" in Kanazawa clinic web site?

検査希望日 Desired date for PCR test	第1希望 First choice	月(mm) 日(dd) ____:____
	第2希望 Second choice	月(mm) 日(dd) ____:____
	希望時間に空きがない場合は一番近い時間帯で予約をお取りします。 We may make your appointment according to our availability.	
検査目的 Purpose of PCR test	<input type="checkbox"/> 海外渡航予定 Oversea travel <input type="checkbox"/> 国内出張前 Domestic business travel <input type="checkbox"/> その他 Others ( )	
受診者情報 Client information	フリガナ	
	氏名 Name	
	電話番号 Mobile No.	
	生年月日 Date of Birth	
	性別 Gender	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F
	企業名 Company name	
証明書の書式 Type of certificate	言語 Language	<input type="checkbox"/> 日本語 Japanese <input type="checkbox"/> 英語 English
	書式 Format	<input type="checkbox"/> 無、クリニックの書式で可 Clinic standard format
		<input type="checkbox"/> 特定の様式 Specific format <input type="checkbox"/> *事前に書式を送付願います。Please send the format by mail
渡航者のみ For Oversea travelers only	渡航国 Contry to travel	
	渡航日 Date of departure	月(mm) 日(dd) ____:____
	パスポートナンバー Passport number	
ご意見・ご要望 Other comment		



医療法人愛和会 金沢クリニック Kanazawa Clinic

✉ info@kanazawaclinic.jp