

# 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(年/月/日) Application Date (yyyy/mm/dd) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

クリニックの PCR 検査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。 Have you read Kanazawa clinic HP about COVID-19 PCR test? (it is mandatory)	<input type="checkbox"/> はい yes
---	---------------------------------

検査日 Desired date for PCR test	第一希望(月/日) First choice(mm/dd)	____ / ____
	第二希望 Second choice(mm/dd)	____ / ____
	目的 Purpose of PCR test	<input type="checkbox"/> 海外渡航 Oversea travel <input type="checkbox"/> 国内出張 Domestic business travel <input type="checkbox"/> その他 Others ( _____ )
受診者情報 Patient information	診察券番号 (当院に受診歴のある方) Kanazawa Clinic ID number (if you have)	
	ふりがな (Japanese only)	
	氏名 Name	
	連絡先 Contact	Tel : _____ E-mail : _____
	生年月日(年/月/日) Date of birth (yyyy/mm/dd)	____ / ____ / ____
	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
	企業名 (出張者のみ) Company name, only for business travel	
渡航者のみ For oversea travelers only	渡航国 Country to travel	
	渡航日 Date of departure	____ / ____ / ____ ( ____ : ____ )
	パスポートナンバー Passport Number	
	特定の様式の証明書の有無 Do you have a specific format for PCR certificate?	<input type="checkbox"/> 有 yes <input type="checkbox"/> 無 No

医療法人 金沢クリニック  
愛和会

神戸市中央区加納町 6-6-1 金沢三宮ビル 11 階

✉info@kanazawaclinic.jp