【新型コロナウイルスＰＣＲ検査（自費診療）申込書兼同意書】

<table>
<tr><td>申　込　日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性　別</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>男　　女</td></tr>
<tr><td>英字氏名
（英文証明書希望の方のみ）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td><td>歳</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="3">〒（　　－　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">連絡先</td><td colspan="3">日中連絡可能な電話番号　　（　　）　　－</td></tr>
<tr><td colspan="3">検査当日ご持参される携帯番号　　（　　）　　－
（上記と同じ場合は記載不要）</td></tr>
<tr><td colspan="4">目的
☐仕事での国内移動のため
☐施設への入所前の検査が必要なため
☐その他（　　）</td></tr>
<tr><td>証明書</td><td colspan="2">要　・　不要</td><td>和文　・　英文</td></tr>
<tr><td>来院時の車</td><td colspan="3">車種（　　）　色（　　）　ナンバー（　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">【同意書】
「唾液による新型コロナウイルスＰＣＲ検査（自費診療）」について、説明書を読み十分理解しました。検査を受ける事に同意いたします。尚、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により保健所の指示に従う事に同意いたします。

年　　月　　日　　署名（本人）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名（保護者／親族）　　続柄
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
※未成年者の場合は（保護者／親族）欄にも署名をお願いします</td></tr>
</table>