

## 自費でPCRをお受けいただく患者様へ

お手順をおかけしますが、用紙のご記入をお願いします。

(ふりがな)		診察券番号	
お名前		検査方式	PCR ・ 抗原
生年月日	(昭・平・令) 年 月 日 (男・女)		
ご住所	〒		
電話番号	自宅 ( )	携帯 ( )	
自費検査の理由	帰省 ・ 仕事で必要 ・ 海外へ行く ・ 陽性者と接触 その他 ( )		
診断書の有無	不要 ・ 必要 (日本語 ・ 英語) * 診断書は、別途費用がかかります。 日本語 2000円 英語 3500円		
領収書の有無	不要 ・ 必要 宛名がご本人様宛でない時のみ下記にご記入をお願いします。		
領収書宛名	( ) * 名刺の添付でもOKです。		