FAX：0955-46-2823　　　電話：0955-46-2121

アドレス：[kenshinpcr@imari-arita-hp.or.jp](mailto:kenshinpcr@imari-arita-hp.or.jp)

ビジネス渡航者・海外留学者のためのPCR検査申込書

（フリガナ）

氏名

氏名（ローマ字表記）

生年月日　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　性別　男　・　女

住所　〒

国籍　　　　　　　　　　　　電話番号（日中連絡用）

○当院は、初めてですか。　　　□　はい　　　□　いいえ

○検査の目的を選択ください

□　就業にあたって必要　　□　海外渡航に際して入国時に必要

□　その他:

○海外渡航される方は渡航先国名をご回答ください。

○出国予定日を記入してください。　　　　　　　　年　　　　月　　　　　　日

○診断書（PCR検査陰性証明書）の記載言語を選択ください

□　日本語　　□　英語　　□　診断書は必要ない

○結果報告

□　結果を取りに来院します

□　結果の郵送を希望します（下記に送付先を記入ください。）

送付先住所　〒

送付先宛先

送付先電話番号

○検査希望日時を下記に記入してください。

時間帯は、14：00～　各5名検査可能です。

|  |  |
| --- | --- |
| 第一希望 | 月　　　日　（　　）　　　：　　　～ |
| 第二希望 | 月　　　日　（　　）　　　：　　　～ |
| 第三希望 | 月　　　日　（　　）　　　：　　　～ |

○質問事項があれば、ご記入ください。

○検査日時・質問については、後日、下記に連絡いたします。

　　□　電話での連絡を希望

　　電話番号　（　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　）

□　FAXでの連絡を希望

　FAX番号（　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　）

□　メールでの連絡を希望

　アドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）



〒849-4193　　　佐賀県西松浦郡有田町二ノ瀬甲860番地