（様式第1号）　　○○○○○事務局（ＦＡＸ○○○-○○○-○○○○）行き

○○○○○ＰＣＲ検査等予約申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 検　査　希　望　日 | 令和　年　　月　　日（　　曜日） |
| ＰＣＲ検査等申込者（患者） | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 年齢・性別 | 　　　　　　　歳 | 男　・　女 |
| 携帯電話番号 |  |
| 検査場へ来場する自家用車 | ナンバー |  |
| 車　　種 |  |
| 色 |  |
| 　備　考 |  |  |
| 申込予約代行医療機関 | 住　　所 |  |
| 機関名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 担当医名 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電話番号 |  |

（様式第１号）

○○○○○ＰＣＲ検査等受検票

|  |  |
| --- | --- |
| ＰＣＲ検査等受検者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様 |
| 検　　査　　日　　時 | 令和　年　　月　　日（　曜日）午後　　時　　分 |
| 申込予約代行医療機関 |  |
| 検　　査　　会　　場 | □ | ○○○○○（○○○○○　○‐○‐○） |
| □ | △△△△△△（○○○○○　○‐○‐○） |
|  　備　考 |  |

　上記受験票記載のとおり，貴殿に対するＰＣＲ検査等を実施いたします。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○○○○　○○　　○○　○○　印

＊検査日当日は，携帯電話を必ず持っていくよう受検者にお伝えください。

＊上記記載の自動車で検査場にご来場くださるよう受検者にお伝えください。

＊ご不明な点は，土浦市医師会事務局（☎○○○○-○○-○○○○）にお問合せください。