川崎医科大学附属病院　宛て

ビジネス渡航用ＰＣＲ検査依頼状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依 頼 者** | **氏　　名** |  |
|  | **企業・団体名****（所属/職位）** |  |
| **企業・団体所在地** |  |
| **連 絡 先** | **(Tel)** |
| **(Mail)** |
| **検 査 日** | **(西暦)　　　　　　年　　　　　月　　　　　日** |
| **検査希望者（渡航者）** | **氏　　名** |  |
|  | **渡 航 国** |  |
| **渡航期間** | **(西暦)　　　　　年　　　　 月　 　　　日　から****(西暦)　　　　　年　　　　 月　　　　 日　まで** |

〇　本依頼状の個人情報は今回PCR検査実施ならびに証明書作成以外の目的には使用いたしません。

〇　この用紙は、検査日までに下記ファクシミリに送信していただくか、検査当日に受付に提出してください。

〇　送付先(ファクシミリ）　０８６-４６４-１０４８　（医事課）