川崎医科大学附属病院　宛て

ビジネス等渡航用ＰＣＲ検査依頼状

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依 頼 者** | **（\*）氏　　名** |  |
| **企業・団体名****（所属/職位）****留学先　等** |  |
| **企業・団体****留学先の所在地** |  |
| **企業・団体****電話番号**フリガナ |  |
| **検査希望者（渡航者）** | **(\*)氏　　名** |  |
| **(\*)生年月日** | **(西暦)　　　　　　年　　　　　月　　　　　日** |
| **(\*)性別** | **男　　　・　　　女** |
| **(\*)連 絡 先** | **(Tel)** |
| **(Mail)** |
| **（中国への渡航者のみ記載）** | **（中国国内の連絡先・Tel）** |
| **(\*)検 査 日** | **(西暦)　　　　　　年　　　　　月　　　　　日** |
| **(\*)渡 航 国** |  |
| **(\*)渡航期間** | **(西暦)　　　　　年　　　　 月　 　　　日　から****(西暦)　　　　　年　　　　 月　　　　 日　まで** |

○　**（\*）は記入必須項目です。**

○　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。

○　この用紙は、検査日までに下記にメールもしくはファクシミリに送信してください。

○　送付先　（メール）　　　　ijika@med.kawasaki-m.ac.jp

(ファクシミリ）　０８６-４６４-１０４８　　　　　　医事課