

PCR 検査（自費） 依頼状

年 月 日

依頼者	会社名 (部署)	
	氏名 (職名)	
	会社所在地	
	会社連絡先	Tel :
検査希望者	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	T・S・H 年 月 日
	性別	男 ・ 女
	渡航・出張先	
	渡航・出張期間	____年 ____月 ____日 ～ ____年 ____月 ____日

※この用紙は、予約日前日まで届くように下記住所へ送付してください。

送付先 〒997-8515 山形県鶴岡市泉町4番20号 荘内病院医事課 宛