COVID-19プール方式PCR検査申込用紙　　1枚目／全　　枚

送付先　　メール：shizukanaikastaff@gmail.com

FAX　：027−370−0770

住所	〒　　－	検査日	月　日
電話番号	（　　）	検査後	□　静内科で検査 □　代表者が静内科に届ける □　スタッフが回収（有料）
代表者氏名			

受験者のお名前	受験者の生年月日（西暦）（yyyy/mm/dd）	受験者の性別

枚目		
受験者のお名前	受験者の生年月日（西暦）（yyyy/mm/dd）	受験者の性別