

## 渡航前 新型コロナウイルス感染症 PCR 検査 申込書

発 信 元	送信日	年      月      日
	所在地 (企業・団体)	〒      -
	名称(企業・団体)	
	氏名(担当者)	
	連絡先電話番号	-                      -
	FAX 番号	-                      -
	電子メール	@
確 認 項 目	検査希望日	年      月      日
	検査希望人数	名
	渡航先(国名)	
	渡航日程 (搭乗・入国日)	搭乗日      年      月      日 入国日      年      月      日
	その他 ご要望等	

《送信先》 常滑市民病院 Tokoname Municipal Hospital

ファックス番号 : 0569-34-8526