

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査(唾液法)自費検査

申込書

広瀬内科クリニック

氏名

性別 男性 女性 年齢 歳

生年月日

住所 〒

電話番号(携帯番号)

メールアドレス

会社名

会社住所 〒

会社電話番号

症状なし(発熱、倦怠感、呼吸器症状等): にいれてください。

検査方法、費用、結果の伝え方、検査の性質などについて、別紙説明を読み理解しました。

偽陰性、偽陽性の場合があること、今後の感染の可能性のあることも理解しました。

その上で、新型コロナウイルス感染症 PCR 検査(唾液法)自費検査を希望し申し込みます。

令和 年 月 日

自署
