

RT-PCR 検査・抗原検査・抗体検診 個人情報提出シート

フリガナ (必須)		性別 (必須)
お名前 (必須)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
ご住所 (必須)		
生年月日 (必須)		
電話番号 (必須)		
来院予定車両 (必須)	車種 ()	ナンバー (-)
ワクチン接種 (必須)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
過去感染歴 (必須)	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (陽性判明日 月 日)	
英語表記お名前		
パスポート番号		
症状 (必須)	<input type="checkbox"/> 発熱 (度) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚障害	
	<input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無し	
検診希望理由 (必須)		
希望検査 (必須)	<input type="checkbox"/> RT-PCR 検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> 抗体検査	
陰性証明書	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 日本語表記 (枚) <input type="checkbox"/> 英語表記 (枚)	
領収書宛名		
お名前 (緊急連絡先)		
電話番号 (緊急連絡先)		

こちらの個人情報提出シートを原則検診予定日の前々日までにメール・郵送・FAX にて提出してください。

メール：eigyou@kanzakihp.com 神崎中央病院ホームページ 地域医療連携室のご紹介に記載
 郵 送：〒529-1445 滋賀県東近江市五個荘清水鼻町 95 神崎中央病院 地域医療連携室宛
 F A X：番号 0748-48-5722 神崎中央病院 地域医療連携室

陰性証明書英語表記希望の方は、英語表記お名前、パスポート番号の記入をお願いします。

領収書宛名に記入がない場合、お名前を記入し発行させていただきます。

外国の方等、日本語ができない方は、緊急連絡先に代理人の方や企業名をお名前（緊急連絡先）と電話番号（緊急連絡先）の欄へ記入をお願いします。

提出期限までに確認できない場合、検診予定日を別日へ変更、またはキャンセルとさせていただきます。