

## 新型コロナウイルス PCR 自費検査申込用紙

FAX 送付先 0234-21-3701

氏名ふりがな

氏名

生年月日・年齢

性別

郵便番号・住所

連絡のつく携帯電話の番号

乗ってこられる車のナンバー(例 9620)

料金の支払い方法(税込 27500 円)

(後日振込、PayPay、楽天ペイ)

陰性証明書(税込 3300 円) (必要 ・ 不要)

その他 ご要望などあればご記入下さい

岡田内科循環器科クリニック

TEL 0234-21-3715