**海外渡航におけるPCR検査申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（漢字） |  | | |
| 氏名（カナ） |  | | |
| 生年月日（西暦） | 年　　　月　　　日 | 性 別 | 男　・　女 |
| 住　　所 | （〒　　　－　　　　　） | | |
| 連絡先（携帯TEL） |  | | |
| パスポート番号 |  | | |
| パスポート氏名 |  | | |
| 国　　籍 |  | | |
| 渡航先国名 |  | | |
| 渡航日時 | ２０２２ 年　　　月　　　日　ＡＭ・ＰＭ　　： | | |
| 検査希望日 | ２０２２ 年　　　月　　　日 | | |
| その他証明書に記載必要な事項 | | | |

奥州市総合水沢病院　医事係

TEL：0197-25-3833

FAX：0197-24-3193