

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