

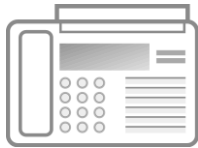
F A X

つるみクローバークリニック

横浜市鶴見区下末吉 6-3-25-102

電話番号 045-572-1900

FAX 番号 045-572-1910



宛先: つるみクローバークリニック

FAX 番号: 045-572-1910

差出人:

FAX 番号:

日付:

内容:

抗原検査予約申込み

電話番号

以下の内容で申し込みます。

(必須) お名前 (ふりがな) : ()

(必須) 生年月日 :

(必須) 検査希望日 :

(必須) 日中の連絡先 (電話・携帯・FAX) :

(必須) ご住所 : 〒

濃厚接触者との判定を受けていますか? : はい いいえ

受けている場合、どこの保健所ですか? :

診断書 : (要 ・ 不要) ※要の場合、5000 円 (税込) 頂きます。

添付書類

※発熱などの症状ある場合、**問診票**にも記入して一緒に FAX をお願いいたします。

保険証のコピー : (必須)

本人確認書類のコピー : (必須) ※ 運転免許証・マイナンバーカード・パスポートなど