

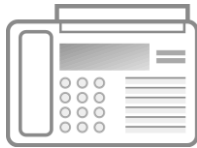
F A X

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:

PCR 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) 検査希望日時 :

第 3 希望までご記入ください。※時間はどちらかに○をつけてください。

① 月 日 (14 時～ ・18 時 30 分～)

② 月 日 (14 時～ ・18 時 30 分～)

③ 月 日 (14 時～ ・18 時 30 分～)

(必須) 日中の連絡先 (電話・携帯・FAX) :

診断書 : (有 ・ 無) ※有りの場合、5000 円 (税込) 頂きます。

車でのご来院の場合、車種 車体色 ナンバープレートの番号 (4 桁) : ()

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