令和　　年　　月　　日

**新型コロナウイルスＰＣＲ検査申込書**

申請者　　　〒

　　　　　住　所

　　　　　事業所名

　　　　　連絡先

検査はプール方式で行いますので、４～６人のまとまった人数でお申し込みください。

検査する人数の合計　　　　　人

検査実施希望日時　　月　　日（　）　　時間：

※PCR検査の実施は、原則平日11：00～12：00としています。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 年齢 | 性別 | 住　所 | 携帯電話 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| １０ |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 検査に関するお問合せ |
| 松本歯科大学病院：℡0263-51-2300 |

|  |
| --- |
| 申し込みに関するお問合せ |
| 塩尻商工会議所：℡0263-52-0280 |

検査を行う方のお名前などをご記入ください。