

①御社名			
②ご担当者名		ご所属	
③ご連絡先	TEL(代表)		直通
④連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> e-mail		
⑤対象人数	人	⑥実施時期	月 日 ~ 月 日
⑦お支払い	<input type="checkbox"/> 銀行振込(請求書) <input type="checkbox"/> その他(ご相談)		
⑧検査結果の送り先	〒 -		
⑨検査理由	<input type="checkbox"/> 海外渡航予定あり <input type="checkbox"/> その他( )		

留意点1) 代表の方にご来院頂き、唾液採取容器人数分をお渡しします。その際、唾液採取法をご説明させていただきます。

採取後は、人数分まとめて容器をご持参頂きます。

2) 濃厚接触者や有熱者(37.5度以上)は保健所に連絡し、行政検査を受けてください。

3) 検査結果は検査時の状態を反映するものであり、今後発症しないことを保証するものではないことをご了承ください。

以下病院記載欄

### 請書

医療法人社団 平仁会 下館病院

御中

このたびはPCR検査をお申込み頂きました。お申し込みに沿って検査を受託いたしました。

検査人数 人 検査時期 令和2年 月 日 ~ 月 日

※一日での実施可能検査数は75ですので、人数が多い場合は分散提出をお願いいたします。

令和 2年 月 日

### 見積書

御中

件名：新型コロナPCR検査(自己唾液採取法)

単価 35,000 円 × 人 = 円 消費税(10%) 円

(単価 30,000 円)

合計金額 円

住所 〒308-0843 茨城県筑西市野殿 1131 番地

TEL0296-22-7558 医療法人社団 平仁会 下館病院

※請求書は検査結果に同封させていただきますので、お早めにお手続き願います。