

【PCR検査 受検希望者リスト】

施設名： (神奈川県)

住所：

記載日

担当者名

ご連絡先

メールアドレス

検体の回収希望日

1回目

※記入例にしたがって、本リストへのご記入をお願いいたします。

※行数が足りない場合は、行を追加してください。

※検体は各福祉施設ごとに県から委託を受けた事業者が回収します。なお、スムーズに検体の回収ができるよう、検体の回収日の午前9時までに梱包を済ませ、すぐに運搬ができるよう準備をお願いします。

※2回以上検査をご希望される場合は、14日程度あけて、ご登録ください。

No.	お名前	フリガナ	性別	年齢	備考欄	事業者記載欄	
						チェック	(+)/(-)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							