

新型コロナウイルス陰性証明書 申込・承諾書

申込日

年 月 日

新型コロナウイルスに対するPCR検査（唾液）を受け、陰性（－）の場合は

「陰性証明書」の発行をお願いいたします。

フリガナ
氏 名

性別

男 ・ 女

生年月日

年 月 日

(西暦でお書きください)

検体（唾液）採取日時

年 月 日 時

住 所（特に指定のない場合はこの住所に陰性証明書を郵送します）

郵便番号

—

電話番号

—

—

証明書受取方法 来院 郵送

(郵送の場合は別途送料が必要です)

費用について (すべて税込)

検査料	10,000円
証明書(1通)	5,000円
郵送料	レターパックプラス (赤) 520円

注意事項

- ・ PCR検査の結果が陽性（+）の場合は「陰性証明書」の発行は行いません。
- ・ PCR検査の結果が陽性（+）の場合は保健所等の公的機関に連絡いたします。
- ・ 海外渡航目的の方で、本証明書が通用するかはご自身で直接ご確認ください。
- ・ 本証明書の有効期限は検体（唾液）採取後72時間です。

私は上記の内容を読み承諾した上で申し込みます。

医療法人 松寿会 共和病院 病院長 殿

署名：
