

年 月 日

市立加西病院

加西市病院事業管理者 生田 肇 様

(依頼者) 事業所名

代表者名

事業所住所

印

PCR自費検査受診依頼書

下記対象者につきまして、貴院にてPCR検査を実施いただきますよう依頼いたします。

記

フリガナ	
氏 名	
生年月日	
対象者住所	
勤務先名	
勤務先住所	
勤務先電話番号	
受診の目的	① 海外渡航のため ② ①以外で業務上必要なため ③ その他 ()

※この様式は勤務先の人事担当課にて記入してください。