**愛媛大学医学部附属病院　　宛**

**ビジネス渡航用PCR検査 依頼状**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **依頼者** | **企業・団体名** |  |
| **企業・団体所在地** |  |
| **担当者氏名** |  |
| **所属/職位** |  |
| **連絡先** | Tel：FAX： |
| **依頼日** | 　年　　月　　日 |
| **検査希望者****（渡航者）** | **氏名** |  |
| **渡航国** |  |
| **渡航期間** | 　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

※FAXは依頼企業宛に送信いたします。

※日本語でｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝが取れない方が受診する場合は、日本語で　会話/書字ができる方の付き添いをお願いします。