

※太枠内を記入してください。

医療機関名

--

C O V I D - 1 9 L A M P 法 検 査 依 頼 書

検体採取日

20	年	月	日
----	---	---	---

検体提出日

20	年	月	日
----	---	---	---

※検査可能な検体は、唾液検体のみです。

No	漢字氏名	カナ氏名	性別	備考
1			男・女	
2			男・女	
3			男・女	
4			男・女	
5			男・女	
6			男・女	
7			男・女	
8			男・女	
9			男・女	
10			男・女	
11			男・女	
12			男・女	
13			男・女	
14			男・女	
15			男・女	
16			男・女	
17			男・女	
18			男・女	
19			男・女	
20			男・女	

※本検査をご依頼の際は、検体回収のご依頼のお電話(0977-23-2278)をお願いいたします。

一般社団法人 別府市医師会地域保健センター

検体回収に関するご連絡先： (0977) 23 - 2278

検査内容/結果に関する問合せ先： (0977) 23 - 2279