

(医療機関名) 御中

## C O V I D - 1 9 (SARS-CoV-2)検査結果報告書

ご依頼いただいた検査につきまして、以下の通りご報告いたします。

No	採取日	提出日	検査日	検体 番号	漢字氏名	カナ氏名	性別	生年月日	検査結果 (陰性/陽性)
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									

一般社団法人 別府市医師会地域保健センター  
検査内容/結果に関する問合せ先： (0977) 23 - 2279