新型コロナウイルス検査(自費検査)申込書〈団体用〉

名張市立病院　院長　殿

申込日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 連絡担当者氏名 |  |
| 事業所住所 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 | 　　　　　　　　（　　　　　） |
| 検査申込数 | 　　　　　　　　　　　　　　　人 |