

医療法人みやこ
みやこクリニック宛

ビジネス渡航用 PCR 検査 依頼状

依頼者	氏名	
	企業・団体名 (所属/職位)	
	企業・団体所在地	
	連絡先	Tel : E-Mail :
	依頼日	令和 年 月 日
検査希望者 (渡航予定者)	氏名	
	渡航国	
	渡航期間	____年 月 日 ～ ____年 月 日