

FAX代表 055(232)9612

団体企業向け PCR 検査問い合わせ兼申込書

御社名： _____

ご担当者名： _____

お電話番号： _____

対象者人数： _____ 名

検査実施日： _____ 月 _____ 日 ~ _____ 月 _____ 日

費用支払い： _____ 現金支払い（個別・一括前払い）

<今回検査を受ける動機>

<ご質問や要望事項>

※お送り頂きました FAX 内容を確認後、こちらからご連絡先にお電話を差し上げますので、
しばらくお待ち下さい。

医療法人恭栄会
今井循環器呼吸器科