

第1号様式（第5条関係）

いの町新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査券交付申請書

年 月 日

(宛先) いの町長

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

被検査者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおりいの町新型コロナウイルス感染症に係るPCR検査券の交付を申請します。

被検査者	ふりがな 氏 名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日	
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要		
入所予定高齢者施設等区分 右のうちいずれかの区分に☑を入れてください	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護を提供する施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護を提供する事業所 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス			
入所予定施設名称				
入所予定日	年 月 日 予定			
入所予定施設住所				
入所予定施設電話番号				

※ 以下、入所予定高齢者施設等にて記入

相談年月日	年 月 日
担当者所属	
担当者氏名	