

① 御社名			
②ご担当者名		ご所属	
③ご連絡先	TEL(代表)		直通
④連絡方法	<input type="checkbox"/> FAX <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/>e-mail</span>		
⑤対象人数	人	⑥実施時期	月 日 ~ 月 日
⑦お支払い	<input type="checkbox"/> 窓口現金払い <input type="checkbox"/> 窓口カード支払い <input type="checkbox"/> 銀行振込(請求書) <input type="checkbox"/> その他(ご相談)		
⑧検査結果の送り先	〒 -		<input type="checkbox"/> 領収書送付先
⑨ご質問 & ご要望			

留意点 1) どなたか代表の方に当方に出向いて頂き、唾液採取容器人数分をお渡しし、唾液採取法をご説明させていただきます。

また、採取後もまとめて当方にご持参頂きます。

2) 濃厚接触者や有熱者 (37.5 度以上) は保健所に連絡し、行政検査を受けてください。

以下クリニック記載欄

請書

アルツクリニック東京

御中

このたびは PCR 検査をお申込み頂きました。お申し込みに沿って検査を受託いたしますので、実務的な打ち合わせも含めご相談したく、当方の担当者からご連絡申し上げます。

検査人数 人 検査時期 令和 2 年 月 日 ~ 月 日

※一日での実施可能検査数は 70-80 ですので、人数が多い場合は分散提出をお願いいたします。

令和 2 年 月 日

見積書

御中

件名：新型コロナ PCR 検査(自己唾液採取法)

単価 40,000 円 × 人 = 円 消費税 (10%) 円

合計金額 円

住所 〒100-0005 千代田区丸の内 1 丁目 7-12 サピアタワー7 階

TEL03-3212-0003 アルツクリニック東京

※請求書でのお支払いの場合は追加分も含めて申し込み者全員の検査終了時に請求書をお渡しします。