

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（宛先）小金井市長

申請者 住 所 小金井市 町 丁目 番 号

氏 名

電 話

PCR検査センター小金井市民送迎サービス事業利用申請書

PCR検査センター小金井市民送迎サービス事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

なお、利用に係る資格に関する事項について、市の公簿及び医療機関の保有する情報により確認することに同意します。

記

受検者住所

送迎希望場所

受検者氏名

生年月日

検査日時

診療医療機関名

申請理由（御自分で来所できない理由を記入してください。）