

検体回収依頼書

年 月 日

尼崎市長 様

(依頼者)

施設名: _____

連絡先: _____

連絡担当者: _____

尼崎市障害者支援施設及び介護保険施設等新規入所者 PCR 検査事業による PCR 検査検体回収を下記の通り依頼します。

記

1 依頼内容

検体数	個		
	ID	氏名 (カタカナ)	生年月日
例	12345 ×××	アマガサキ タロウ	1943年〇月■日
1			
2			
3			
4			
5			
6			
添付書類	<input type="checkbox"/> 総合検査依頼書の写し _____ 枚 【注意点】 検体数は総合検査依頼書(写)提出枚数と同数を上限とする。		

以上

(尼崎市記入欄)

令和 年 月 日

上記の通り、申請を受理します。

課長	課長補佐・係長	係