

城西医院 御中

	ふりがな 氏名	性別	生年月日	年齢	住所	電話番号	陽性者 との 接触	発熱 風邪症 状	県外へ の 移動
1		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
2		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
3		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
4		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
5		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
6		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
7		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
8		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
9		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無
#		男・女	年 月 日	〒 -			有・無	有・無	有・無

該当する方に○を付けて下さい。

<お支払い方法> ◎窓口現金 ・ お振り込み ※お振り込みの場合、2週間以内のお振り込みでお願い致します。

<請求書> ◎必要 ・ 不要 <領収証> ◎必要 ・ 不要 <陰性証明> ◎必要 ・ 不要

◎領収証必要な場合 企業名でまとめて領収証希望 ・ 個別で領収証希望

◆企業名:

◆ご住所:

◆連絡先:

◆担当者名:

◆振込先金融機関名 山形銀行城南支店

◆口座種別 普通 ◆口座番号 866806

◆口座名義 医療法人城西医院

※恐れ入りますが、振込手数料は貴社にて負担下さい。

※お手数ですがご記入の上 **644-0272**迄 FAXにてご返送下さい。