

# 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をお願い致します。

＜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。