

国立市無料抗原検査キット申込書

申込者の人数分印刷してご利用ください。

ふりがな	
氏名	
生年月日	令・平・昭・大 年 月 日 (歳)
住所	国立市 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 富士見台 <input type="checkbox"/> 泉 <input type="checkbox"/> 谷保 <input type="checkbox"/> 矢川 <input type="checkbox"/> 青柳 <input type="checkbox"/> 石田 丁目 番地 号 ()
電話番号	
目的	<input type="checkbox"/> 症状ありで使用 <input type="checkbox"/> 同居家族が陽性者のため使用

※症状ありで使用の場合は、該当する症状に☑又は記入をお願いします。

喉の痛み 発熱 せき 倦怠感 鼻水 味覚異常 嗅覚異常

その他()

おがわ薬局 国立市中 1-16-22 電話・ファックス: 042-576-9533