【管理番号　　　　　　　】

【池田町】　抗原簡易キット申込書

以下の事項を確認のうえ、申し込みます。

（１）同封のチラシの記載内容を確認のうえ、検査すること。

（２）検査や結果によって生じた損害については、自己の責任において対応すること。

　　申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 住所 | 池田町大字 |
| 電話番号 |  |

　　　検査希望者　　　（申込者と同じ場合も記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 生年月日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |
|  | 年　　　　　月　　　　　日 |