【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