

(様式第2号)

年 月 日

福岡市長様

所在地

施設名

印

電話番号

福岡市妊婦への新型コロナウイルス感染症PCR検査実施証明書

当該患者に関して、下記の通り妊婦PCR検査を実施したことを証明致します。

記

1. 受検者

(住 所)	
(氏 名)	
(生年月日)	年 月 日

2. 検査実施日及び領収金額（保険診療分を除く）

検査実施日	検査結果	領収金額 (保険診療分を除く)
年 月 日	陰性 ・ 陽性	円

(備考) ※検査実施日、領収金額を記入の上、検査結果を○で囲んでください。

※本様式は、領収書等で妊婦PCR検査にかかった領収金額が証明できない場合に使用して下さい。

※本証明書発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。