

診 断 書

住 所

氏 名

生 年 月 日

新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)の PCR 検査結果は陰性です。

検 査 日

年 月 日

上記の通り、診断します。

年 月 日

医師氏名

〒150-0013

東京都渋谷区恵比寿 4-1-18

恵比寿ネオナート 2F

医療法人社団 恵比寿クリニック