

様式第1号（第2条関係）

施設入所見込証明書	
下記の者が当施設に入所する予定であることを証明します。	
氏名	
住所	
生年月日	年 月 日
入所予定日	年 月 日
入所施設名	住所 施設名
年 月 日	
法人名	
代表者氏名 ⑩	

次の同意書は検査を受ける方本人の氏名（代筆可）を記載してください。

同意書	
検査医療機関 御中	
私が受けたPCR検査等の結果を新宮市に情報提供することに同意します。	
年 月 日	
(検査を受ける方)	_____
(代筆者)	_____