

・ 検査を希望される方の氏名・生年月日・年齢・日中連絡がとれる連絡先

フリガナ _____ M ・ F
 氏 名 _____ 性別 男性 ・ 女性

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 電話番号 _____ - _____ - _____
 (※通訳の方の場合 氏名 _____)

・ 現住所 (市町村名にふりがなをお願いします)

・ 会社名、電話番号、担当者氏名

・ 渡航先 _____ ・ 検査予約日 _____

・ 出発日 _____ ・ 結果希望日 _____

・ 渡航先住所 (タイ・ベトナムは必須)

・ 渡航先電話番号 (中国は必須)

・ 渡航に帯同する同伴者がいる場合の氏名、生年月日、続柄

フリガナ _____
 氏 名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____

※下記項目の必要なものにレ点を入れてください

- 中国 【検査】 PCR検査 (検査方法 鼻咽頭 (スワブ) 唾液)
 抗体検査
 【書類】 英文陰性証明書
-
- インドネシア 【検査】 PCR検査 (検査方法 鼻咽頭 (スワブ) 唾液)
 【書類】 英文陰性証明書 健康証明
-
- タイ 【検査】 PCR検査 (検査方法 鼻咽頭 (スワブ) 唾液)
 【書類】 英文陰性証明書 Fit To Travel
-
- ミャンマー 【検査】 PCR検査 (検査方法 鼻咽頭 (スワブ) 唾液)
 【書類】 英文陰性証明書 健康証明 予約券
-
- その他 【検査】 PCR検査 (検査方法 鼻咽頭 (スワブ) 唾液)
 (国名: _____) 抗体検査 抗原検査 その他の検査 (_____)
 【書類】 英文陰性証明書 健康証明書 その他の書類 (_____)

【費用請求】

個人 (立替も含む) ※英語での記載が必要な場合、英語で記載して下さい。

領収書の宛名 _____
 但し書き _____

会社請求 ※基本は窓口での支払いです。会社請求を希望される場合は、事前に担当者より連絡が必要です。
 (10~12月には窓口支払いをお願いします。)

請求先の宛先 住所: _____
 宛名: _____