医療法人　柳雪会　江崎外科内科　【添付１】

ビジネス渡航用　COVID-19に関する検査

依頼状

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 依頼者  情報 | 企業名 |  | |
| 担当者名 |  | |
| 企業所在地 |  | |
| 連絡先 | Tel: | Fax: |
| Mail: | |
| 渡航国 |  | |
| 渡航期間 |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名前 | フリガナ | 電話番号  （日中連絡が取れる電話番号） |
|  |
|  |

【　証明書に記載する英文情報　】

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 名前（パスポートでのローマ字） | |  | | | | |
| パスポート番号 | |  | | | | |
| 国籍 | | JAPAN 　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 性別 | | MALE（男性）　　　　　　　FEMALE（女性） | | | | |
| 生年月日（dd/mm/yyyy） | | / / | | 年齢（渡航日の時点） | | 歳 |
| 日本における住所（日本文・英文） | | 例）愛知県小牧市曙町３丁目2-6　江崎ハイツ203号  ＃203 3-2-6 Akebono-cho, Komaki-shi, Aichi, Japan | | | | |
| 訪問国における滞在先（住所） | | （韓国・カナダ・インド・トルコ渡航は不要です） | | | | |
| 渡航国到着日時  （現地タイム　dd/mm/yyyy） | | 現地タイム　　　：　　　　　　　　　/　　　/ | | | | |
| フライト予定日時  （日本タイム　dd/mm/yyyy） | | 日本タイム　　　：　　　　　　　　　/　　　/ | | | | |
| 出国空港名 |  | | 航空会社名 | |  | |

※来院日に以下のいずれかに該当する方はPCR検査対象外となります。キャンセルの連絡をお願いいたします。

①新型コロナウイルス（COVID-19）感染者と確定した方、又は疑いのある方と２週間以内に濃厚接触した可能性がある。

②新型コロナウイルス（COVID-19）感染を危惧する症状（発熱・せき・息切れ・寒気・のどの痛み・鼻水・倦怠感・頭痛・　筋肉痛・下痢・嘔吐・

味覚嗅覚異常など）がある。