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（中国）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼者  情報 | 企業名 |  |
| 担当者名 |  |
| 企業所在地 |  |
| 連絡先 | Tel: |
| Mail:  陰性証明書を別のメールアドレスでお受け取りになる場合は下記にもご記入ください。  Mail : |
| 検査  希望者  （渡航者） | 渡航国 | 中華人民共和国 |
| 渡航期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 | フリガナ | |  |
|  | |  |
|  |
| 日本における住所  （日本語） | | 〒 | |

【　**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　　　　　　月　　　　　日 |
| 日本において繋がる電話番号 | 他院で発行される証明書と同じ番号でお願いします。 |
| 中国において繋がる電話番号 | 他院で発行される証明書と同じ番号でお願いします。 |

|  |  |
| --- | --- |
| フライト予定日時  （日本タイム　dd/mm/yyyy） | ２０２２年　　　月　　　日　　　　　　時　　　分 |
| 出国空港名 | 成田　 関空　 セントレア　 その他（　　　　　　　　　　） |