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: |
| 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 : |
| 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　　　　　　月　　　　　日 | | |
| 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  〒 | | |
| フライト予定日時  （日本タイム　dd/mm/yyyy） | | ２０２２年　　　月　　　日　　　　　　時　　　分 | | |
| 乗り継ぎされる場合 | 国名： | | 空港名： | |
| 出国空港名 |  | | 航空会社名 |  |