

FAX 番号：0297-38-5622

総合守谷第一病院健康増進センター行

Hawaii

## 新型コロナウイルス PCR 検査申込書

★本申込書と併せてパスポート（本人写真ページの見開き）の写しを FAX してください。

出発予定日 (probable date of departure)	月 日	時出発
検査予約日 (Desired inspection date)	月 日	<input type="checkbox"/> 9時30分～10時15分 <input type="checkbox"/> 12時00分～12時30分 予約時間までに必ずお越してください
ワクチン接種 有 ・ 無	COVID-19 罹患歴 有 ・ 無	

※検査証明書の発行は検査当日の14時以降になります（再検査の場合はご連絡します）

フリガナ			性別
氏名 (Name)			男(M) ・ 女(F)
国籍 (Nationality)	パスポート番号 (Passport No)		
生年月日 (date of birth)	西暦 (Year)	年	月 日
郵便番号	〒	—	
住所 (adress)	(英字記載)		
電話番号 (telephone No)			

本検査は自費検査となります。本検査及び証明書により不利益が生じた場合、御本人の責任であることを了承して頂いた上で検査を実施し、検査証明書を発行致します。入国（トランジットを含む）できなかった場合及び行動制限措置などでの損失の補償・対応は出来ません。

以上に同意した上で検査を申し込みます。

日 付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名（自署） \_\_\_\_\_

（保護者氏名） \_\_\_\_\_