**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** | | **渡航先**  （Destination） |
| **検査予約日**  (Desired inspection date) | **月　　日**   * **8時45分～9時15分** * **12時00分～12時30分**   予約時間までに必ずお越しください | | |
| **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) |  | | | | |
| **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）**