**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）**