

海外渡航者向け新型コロナウイルス感染症 PCR 検査 申込書

新型コロナウイルス感染症 PCR 検査について、下記の注意事項を確認し、了解しましたので申込みます。

申込日 年 月 日

(フリガナ) 氏名		パスポート No.	
ローマ字氏名	パスポートの表記でご記入下さい。	国籍	
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
住所	〒		
電話番号 (日中連絡用)			
当院受診歴	<input type="checkbox"/> 初診 ・ <input type="checkbox"/> 受診歴有 (診察番号)		
出発予定日	年 月 日	渡航国	
証明書の言語	<input type="checkbox"/> 英語 ・ <input type="checkbox"/> 日本語		
所定書類	<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり (ありの場合、申込書と一緒に FAX して下さい)		
受取方法	<input type="checkbox"/> 直接来院 (8:30~17:30 ・ 17:30 以降) <input type="checkbox"/> 郵送		
検査の目的	<input type="checkbox"/> 就業にあたって必要 <input type="checkbox"/> 海外渡航に際して入国時必要 <input type="checkbox"/> その他 _____		
その他			

<検査を受けるにあたっての注意事項>

- ・ 咳や発熱が続く、強い倦怠感、味覚嗅覚異常など新型コロナウイルス感染症を疑う症状のある方は対象ではありません。
- ・ PCR 検査の結果は、必ずしも新型コロナウイルスに感染していない事を証明するものではありません。
- ・ PCR 検査の結果が陽性となった場合、保健所へ報告させていただきます。なお、感染者と認められた場合には、感染症法に基づき保健所の指示に従っていただきます。
- ・ 海外渡航先当局より提出が求められている項目や条件については、必ずご自身で外務省あるいは当該国の在日大使館等にて確認をお願い致します。

受取年月日	年 月 日	受取者名	
-------	-------	------	--