

中国渡航前検査 申 込 書

医療法人社団どんぐり会
那珂キッズクリニック小児科 殿

依 頼 者	企業・団体名 (所属/職位)						
	企業・団体所在地						
	連絡先	Tel					
		Mail					
	担当者						
領収書の名前	個人名 ・ 会社名 ()						
検 査 希 望 者 (渡 航 者)	フリガナ			国 籍			
	氏 名						
	英語表記名						
	生年月日・性別	西曆	年	月	日	歳	男・女
	住 所	〒					
		住所					
		携帯電話					
	既往歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()				
	現病歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()				
	パスポート番号						
渡 航 日		年	月	日	時	分	
中国国内連絡先	(+86 — —)						
お申し込みの項目にレ点を付けてください。							
<input type="checkbox"/> 搭乗前 48 時間以内の PCR 検査 検査希望日 年 月 日							
<input type="checkbox"/> 搭乗前 48 時間以内の抗原検査 検査希望日 年 月 日							
陰性証明書 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要							
陰性証明書受け取り方法 来院 ・ メール (希望のものを○で囲んでください)							
※メールでの受け取りをご希望の方は、申込書をメールで送信していただいた方のみとなります。							

申し込み日 年 月 日

2023.04.26