

・ 検査を希望される方の氏名・生年月日・年齢

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

・ 個人の電話番号 (日中連絡がつく連絡先)

・ 会社名、担当者氏名

・ 会社住所、電話番号

・ 渡航先、出発日、渡航期間

・ 同伴者がいる場合の氏名、続柄

氏名 _____ 生年月日 _____ 続柄 _____

・ 検査予約日、結果希望日

※下記項目の必要なものにレ点を入れてください

【検査】

- スワブ (鼻咽頭) 検査 税込 ¥30000 抗原検査 要相談
- 唾液検査 税込 ¥30000 その他希望検査 要相談
- (_____)

【書類】

- 英文陰性証明書 税込 ¥5500
- 健康証明書 税込 ¥5500
- インドネシア用 タイ用 ベトナム用 中国用 その他 (_____)

* 陰性証明書以外に必要な国があります。陰性証明と追加で希望の場合は税込 ¥3300。事前に書式を送付してください。

- 予約券 税込 ¥1000 * ミャンマーの申請に必要な場合があります
- そのほかの書類 要相談 * 事前にメールで書式を送付してください
- (_____)

【費用請求】

個人 (立替も含む)

領収書の宛名 _____

但し書き _____

※英語での記載が必要な場合、英語で記載して下さい。

会社請求 ※基本は窓口での支払いです。会社請求を希望される場合は、事前に担当者より連絡が必要です。
(10~12月 は窓口支払いをお願いします。)

請求先の宛先 _____