

海外渡航のための検査についての申込書 (1/2 枚目)

- ① 検査を受ける方はあらかじめパスポート情報をメールまたは FAX で送ってください。確認後に当院から連絡をさせていただき検査日などを決めます。その後、検査確定通知書を送らせていただき予約確定となります。
- ② 渡航国に応じた検査方法、証明書の記載内容や発行方法などはこちらでは完全に把握できません。予めご自身で渡航国、日本国の外務省や大使館に確認して下さい。
- ③ PCR 検査について；唾液（又は鼻咽頭の粘液）を採取します。外部の検査会社への委託をしています。通常は、午前中検査の場合は翌日午前に、午後検査の場合は翌日午後 4 時頃に結果が判明します。まれに検査会社の検査数の問題や検体の問題などで予定日時までに結果が判明しない可能性があります。当院では責任を負いかねます。
- ④ IgM 抗体検査について；血液を用いて検査を行います。
- ⑤ 費用は証明書発行代を含め、PCR 検査 40000 円（税込）、IgM 抗体検査 8000 円（税込）です。迅速検査（数時間で結果判明）は一人につき 5000 円追加となります。別に予約が必要です。
- ⑥ 検査当日にはこの申込書の原本を持参してください。

以上について理解し、同意しました。

	同意日	年	月	日
フリガナ ()				
名前 ()				
住所 ()				
渡航先国名 ()				
渡航先での連絡先電話番号 ()				
日本での連絡先電話番号 ()				
ご希望の検査に○をしてください (通常検査 ・ 迅速検査)				

海外渡航のための検査についての申込書 (2/2 枚目)

**以下についても記載して下さい。

フライトの出発予定日時 () ・ 出発予定空港 ()

渡航先がベトナムの場合は以下もご記入ください。

① ベトナムでの滞在先の住所 ()

② 入国予定日時 ()

希望検査の種類 (PCR ・ IgM 抗体検査)

< 検体の指定がある場合は○をして下さい (唾液 ・ 鼻咽頭) >

メールアドレス ()

・ 決められた証明書の様式 (あり ・ なし)

ありの場合は、証明書のサンプルを送ってください。

・ 新型コロナワクチン接種歴

(未接種 ・ 1 回目のみ ・ 2 回接種済み)

2 回接種済みの方は 2 回目の接種日を教えてください。 ()

・ 証明書の受け取り希望日時 ()

受け取りの最終期限の日時も記載ください ()

・ 証明書はだれが受け取りに来ますか？ (本人 ・ 代理人)

医療法人あわや内科クリニック
広島県廿日市市佐方 4-4-13
TEL/FAX : 08 29-34-0288
Mail : awayaclinic@gmail.com