

PCR検査 依頼状

検査希望者 (渡航者)	氏名	
	生年月日	
	現在の住所	〒 ()
	現在の電話番号	
	メールアドレス	
	渡航国	
	フライト日時	年 月 日 時 分
	PCR検査	検査予約日時
受取希望時間		年 月 日 時 頃
依頼者 <small>代表者/人事部</small>	氏名(所属/職位)	
	企業・団体名	
	企業・団体所在地	〒 ()
	電話番号	
	メールアドレス	
<p>★ 陰性証明書に記載するのでベトナム・タイ・ミャンマー・ラオス・カンボジアへ渡航する方は日本と渡航先の両方の住所をきれいに・はっきり・英語で記載してください。</p> <p>日本の住所(English) :</p> <p>渡航先の住所(English) :</p>		
<p>質問にどちらか <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。</p> <p>・当日受取希望ですか？</p> <p style="margin-left: 20px;">2日前までに資料を提出 (+5,000円) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p style="margin-left: 20px;">*検査前日・当日に当日受取にする場合+10,000円となります</p> <p>・健康証明書も必要ですか？ (+5,000円) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・同じ陰性証明書が2通必要ですか？ (+5,000円) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>・QRコード付き陰性証明書が必要ですか？ (+5,000円) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p>		

新型コロナウイルス感染症PCR 検査について

*検査する本人が説明を読み、確認していただければチェック☑を入れ、同意書を記載下さい。

< 説明 >

- 1. PCR検査は、新型コロナウイルスに感染しているかを調べます。
- 2. 検査は、細い綿棒で鼻や喉の奥を拭う方法で行います。
- 3. PCR 検査は、感度(感染している人が陽性と判定される確率)や特異度(感染していない人が陰性と判定される確率)に限界のある検査です。
- 4. 検査から結果報告・証明書の発行までの時間をご確認ください。
- 5. この検査で結果が陽性になった場合、感染症法により感染者として保健所の指示に従うことをご同意ください。
- 6. 入国時や入国後の対応は、渡航国の方針に従うことになります。PCR 検査の証明書は、入国を保証するものであり、入国後の活動制限をなくす保証があるわけではありません。
- 7. 風邪症状などを隠蔽して自己申請を行い、あとでわかると法的処置が行われることがありますので、絶対に虚偽の申告はしないで下さい。
- 8. 陰性証明書は院内でダブルチェックを行っていますが、陰性証明書受取時には、記載内容の確認を本人もしくは代理人が慎重に行い、不備があればそのときに申告して下さい。記載不備により渡航できない場合などは当院の責任は負いません。
- 9. 当院は陰性証明書の発行および健康証明書の記載・発行を行います。各国での必要書類は異なり、どの書類が現在必要かは各自の責任となります。最新の情報は適宜自己責任で収集して報告してください。書類不備により渡航できない場合などは当院の責任は負いません。

< 同意書 >

私は、海外渡航・入国を目的とした新型コロナウイルス感染症PCR検査について、説明を確認し、十分に理解しました。よって、自らの判断で本 PCR 検査を受けることを希望いたします。尚、検査の結果が陽性になった場合は、感染症法により、感染者として保健所の指示に従うことについても同意します。また、陰性証明書は本人もしくは代理人が慎重に行い、記載不備により渡航できない場合は当院の責任は負いません。

同意日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査希望者氏名(自署): _____

未成年の場合 代諾者(保護者/親族等) 氏名(自署): _____

委 任 状
(本人受取時は不要です)

代理人氏名

代理人住所

代理人電話番号

私は、上記のものを代理人と定め、下記の権限を委任します。

(1) PCR陰性証明書もしくはPCR検査の陰性証明書を本人の代理で
うけとります。

(2) 陰性証明書受取時には、記載内容の確認を代理人が慎重に行
い、不備があればそのときに確認します。記載不備により渡航でき
ない場合は貴院の責任は負いません。

記載日 年 月 日

検査希望者氏名
