



## COVID-19新型コロナウイルス自費検査申し込み

氏名			パスポート番号	
感染リスク評価	1. 最近発熱、急性呼吸器症状、下痢及び嗅覚異常などの症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	2. 14日以内に海外渡航歴はありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	3. 最近密集場所に入入りした事がありますか？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	4. 集団・イベント歴 <input type="checkbox"/> 自宅隔離中 <input type="checkbox"/> 自宅検疫中 <input type="checkbox"/> 外出制限措置の対象者が居る <input type="checkbox"/> 居ない			
申請事由	<input type="checkbox"/> 海外にいる親族の事故や深刻な病気などの緊急要因のため、他国に入国必要がある			
	<input type="checkbox"/> 仕事／ビジネス			
	<input type="checkbox"/> 留学			
	<input type="checkbox"/> 台湾からの出国			
	<input type="checkbox"/> 出国申請者の親族			
	<input type="checkbox"/> その他：_____			
	(申請事由を簡単に述べてください。例：個人的な事情、必要な手続きを進めるためなど。)			
出国資料 【出国者のみ】	出国日	西暦：20____年____月____日		
	航空便番号			
検査結果と費用	<input type="checkbox"/> 当日 18:00 に検査結果を受け取る(4,500 元)			
	<input type="checkbox"/> 翌日 18:00 に検査結果を受け取る(3,500 元)			
備考				

申請者の署名\_\_\_\_\_

西暦：20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日