

## 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：_____		
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 (6,800 元) <input type="checkbox"/> 翌日 18:00 に検査結果を受け取る (5,000 元)		
備考			

申請者の署名 \_\_\_\_\_

西暦： 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日