

ビジネス渡航用 PCR 検査 依頼状

依頼者	企業・団体名	
	企業・団体所在地	
	担当者氏名	
	所属/職位	
	連絡先	Tel : FAX :
	依頼日	年 月 日
検査希望者 (渡航者)	氏名	
	渡航国	
	渡航期間	年 月 日 ～ 年 月 日

※FAX は依頼企業宛に送信いたします。

※日本語でコミュニケーションが取れない方が受診する場合は、日本語で
会話/書字ができる方の付き添いをお願いします。