

PCR検査予約代行申込書

申込日： 年 月 日

PCR検査予約代行に必要な個人情報提供について同意のうえ、
申し込みます。

株式会社ワールドツーリスト
〒541-0052

大阪市中央区安土町1-5-8 本町DSビル7階
TEL: 06-4708-4520/FAX: 06-4708-4521

フリガナ			性別	パスポート記載のローマ字でご記入ください				
氏名			男性 女性	(姓)		(名)		
フリガナ				電話	()			
現住所	〒 -			FAX	()			
				携帯番号	()			
生年 月日	西暦 年 月 日	年齢 (旅行出発時) 歳	国籍	メールアドレス				
所属先	フリガナ				所属部課名・学年	職業	役職	
	会社・ 団体名・ 学校名							
	フリガナ				電話	()		
	所在地				FAX	()		
					メールアドレス			
渡航先国		渡航先 住 所						
パスポート情報		旅券番号 有効期限 年 月 日						
日本出発日		年 月 日	出発空港		出発便		出発予定時刻 (時 分)	
受診希望地				第一希望日 年 月 日		第二希望日 年 月 日		
必要 証明書	必要証明書に✓をつけて下さい							
	<input type="checkbox"/> 陰性証明書（英語）							
	<input type="checkbox"/> 健康証明書（英語）							
	<input type="checkbox"/> 陰性証明書（中国語）							
	<input type="checkbox"/> 健康証明書（中国語）							
備考（注意事項など）								
※渡航国によっては、PCR陰性証明書と合わせて健康証明書が必要な場合があります。								
医療機関により異なりますが、健康証明書の発行には別途診察料費用が発生する場合があります。								

ご本人が未成年者の場合の同意

私は申込人の親権者（法定代理人）として、申込人が貴社と旅行契約を締結することに同意いたします。

年 月 日 親権者署名