

## 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 会社・ 団体名・ 学校名			所属部課名・学年	職業	役職
	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