

様式5

PCR検査費用及び陰性証明書発行費用 対象者名簿

申請者	住所	
	名称	

番号	氏名 ※アルファベット表記	在留資格	出国先国	出国日 (予定含む)	検査日	PCR検査実施機関名 陰性証明書発行機関名
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						