COVID-19に関する検査報告書（外国人ビジネストラック・レジデンストラック用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | 国籍 | 旅券番号 | 生年月日 | 性別 | ①医療機関名  ②医療機関住所  ③医師名 | 採取検体 （下記いずれかを  チェック） | 検査法 （下記いずれかをチェック） | 結果 | ①入国日  ②検体採取日時  ③決定年月日  ④交付年月日 | 備考 |
|  |  |  |  |  | ①  ②  ③ | □鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 |  | ① ②  ③  ④ |  |
|  |  |  |  |  | ① ②  ③ | □鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 |  | ① ②  ③  ④ |  |
|  |  |  |  |  | ① ②  ③ | □鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 |  | ① ②  ③  ④ |  |
|  |  |  |  |  | ① ②  ③ | □鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 |  | ① ②  ③  ④ |  |

※「検体採取日時」は時間単位で記入してください（例：2021.1.17.13時）。入国後３日目に検体採取を行ってください。

※「決定年月日」とは検査の結果が出た日、「交付年月日」とは検査医療機関から検査結果の交付を受けた日を指します。

記入欄が足りない場合は行を適宜追加してください。

記入年月日　　　　年　 月　 日

企業・団体名

部署名

受入責任者名（※１）

肩書

誓約書の記載と

同じ記載としてください。

住所

電話（※２）

法人番号（※３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※１：対象者本人は受入責任者にはなれません。

※２：受入企業・団体の受入責任者の方と連絡が取れる日本国内の電話番号である必要があります。

※３：平成25年5月24日に成立（平成25年5月31日公布）した「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に基づき、国税庁から指定される13桁の番号。

COVID-19に関する検査報告書（外国人ビジネストラック・レジデンストラック用）

記入例

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | 国籍 | 旅券番号 | 生年月日 | 性別 | ①医療機関名  ②医療機関住所  ③医師名 | 採取検体 （下記いずれかを  チェック） | 検査法 （下記いずれかをチェック） | 結果 | ①入国日  ②検体採取日時  ③決定年月日  ④交付年月日 | 備考 |
| KENSA  TARO | 〇〇 | AB1234567 | H1.1.1 | 男 | ①○○クリニック  ②東京都○○区○○1-2-3○○ビル１F  ③医師花子 | ☑鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | ☑核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 | 陰性 | ①2021.1.14 ②2021.1.17.13時  ③2021.1.18  ④2021.1.18 |  |
|  |  |  |  |  | ① ②  ③ | □鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 |  | ① ②  ③  ④ |  |
|  |  |  |  |  | ① ②  ③ | □鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 |  | ① ②  ③  ④ |  |
|  |  |  |  |  | ① ②  ③ | □鼻咽頭ぬぐい液　 □唾液 | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）　 □核酸増幅検査（LAMP法）  □抗原定量検査 |  | ① ②  ③  ④ |  |

※「検体採取日時」は時間単位で記入してください（例：2021.1.17.13時）。入国後３日目に検体採取を行ってください。

※「決定年月日」とは検査の結果が出た日、「交付年月日」とは検査医療機関から検査結果の交付を受けた日を指します。

記入欄が足りない場合は行を適宜追加してください。

記入年月日　2021年　1月　20日

企業・団体名　株式会社○○

部署名　人事部人事課

受入責任者名（※１）　受入 太郎

肩書　人事課長

住所　東京都△△区△△1-2-3△△ビル

電話（※２）　03-123-4567

法人番号（※３）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | 3 |

※１：対象者本人は受入責任者にはなれません。

※２：受入企業・団体の受入責任者の方と連絡が取れる日本国内の電話番号である必要があります。

※３：平成25年5月24日に成立（平成25年5月31日公布）した「行政手続きにおける特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に基づき、国税庁から指定される13桁の番号。