日本語医療サービス
タウンホールクリニック

新型コロナウイルス検査証明書手配お申込みフォーム
COVID-19 Testing Certificate Application Form

ローマ字表記
姓(Family Name) _____ ローマ字表記 名(First Name) _____ Middle Name _____

生年月日 DD / MM / YYYY
Date of Birth _____

男性 male ☐ 女性 female ☐

連絡可能なお電話番号
Contact Mobile Number _____

Emailアドレス
Email address _____

オーストラリア出国日 DD / MM / YYYY
Departure Date _____

オーストラリア出国時間(24時間表記)
Departure time (24 hr) _____

フライト詳細 (出国地名、航空会社)
Flight details (City of Dep, Airline) _____

現在シドニー以外にご滞在中の方はシドニー到着日時もお知らせください（日本から短期出張でお越しになる方など）If you are not in sydney at the time of application, please let us know when you are arriving in Sydney e.g. business trip from overseas.

DD / MM / YYYY
_____

ご滞在予定のホテル
Hotel in Sydney you will be staying _____

※PCR検査を行う場所はシドニーに限らせて頂いております。We can only organize testing in Sydney.

※お支払いはクレジットカード払いとなりますのでご了承下さい。Payment by credit card.

Email頂く書類
Documents to be emailed
Email address >>pcr@hoteldoctor.com.au

☐ パスポートのお写真のページの添付 copy of your passport (photo page)

☐ 航空券・ETicket の添付（渡航者のお名前、オーストラリアご出国日時・都市名、航空会社がすべて記載されているもの
copy of your ETicket/Ticket/Itinerary（showing Passenger's name, Flight Date/Time and Full itinerary if not a direct flight)

☐ お申込みフォーム application form

備考欄 (上記以外のご連絡事項がございましたらこちらにお願いいたします) *Please enter any additional information below*

****クリニック使用欄 (For Clinic use only)****

Case Number _____

AR date _____

CB date _____

Test Date/Time _____

Tcert issue Date _____

Test Location _____

Payment ☐ DHM form created ☐ Receipt created ☐ Test Details emailed ☐ Tcert emailed ☐