



Sakura  
family clinic

Dr Dion Dewar & Dr Mayumi  
Yoshida

L4, 141 Queen St, Brisbane  
QLD4000

Ph 07 30030100 Fax 07 32114520

[www.sakuraclinic.com.au](http://www.sakuraclinic.com.au)

[info@sakuraclinic.com.au](mailto:info@sakuraclinic.com.au)

ABN 26312636522

さくらファミリークリニック 渡航前コロナ陰性証明書申し込みフォーム

お名前 \_\_\_\_\_ ローマ字表記 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

パスポート番号 \_\_\_\_\_ 国籍 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_ 出国予定日 \_\_\_\_\_

オーストラリア出国フライト (都市名、便名、出発時間) \_\_\_\_\_

オーストラリアの住所 \_\_\_\_\_

日本の住所 \_\_\_\_\_

PCR 検査を希望する地域 \_\_\_\_\_

診察について (どちらかをお選びください) 来院 or 電話  
日本語希望 or 英語でも可

私は、コロナウイルス PCR 検査の結果をオーストラリア政府および日本国の検疫機関に開示することに同意します。また、今回の診察については新型コロナウイルス以外の疾患についてカバーされないことを理解します。外務省が実施する PCR 検査及び陰性証明書発行手数料負担事業に同意し、外務省へ氏名、性別、生年月日及び旅券番号の情報を提供することに同意します。

ご署名 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_

For Office Use Only

以下の欄には記入しないでください

Venue	Test day/time	Results on	Flight day/time	Completed?

