新型コロナウイルス検査リスト

作品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

種別（選択してください　□シナハン・□ロケハン・□ロケ・□その他）

申請者（映像製作会社代表者名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者　　携帯

撮影日時（準備期間含む）　　年　　月　　日

場　　所

番号	所属	氏名	検査方法 抗原検査・ PCR検査の別	検査日時	検査結果	備　　考

※医療機関から証明書が出ている場合は写しを添付ください。

※撮影が複数日で間隔（日数）が空く場合は，その都度ご提出願います。