

## 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）

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。