

佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院

民眾自費檢驗 COVID-19(武漢肺炎)申請表

一般案件(6,000 元)

急作案件(7,000 元)

申請人中文姓名：

身分證字號：

護照英文姓名：

護照號碼：

聯絡電話：

一、申請入境之國家名稱：

印尼 越南 緬甸 柬埔寨 孟加拉 中國大陸 澳門 其他：_____

(請檢附入境之原因相關文件)

二、申請自費檢驗 COVID-19(武漢肺炎)原因：(每人以 3 個月內申請 1 次為原則)

旅外親屬事故或重病等狀況 外國籍人士出境 公務或外交目的出境者

工作入境越南之民眾 出國求學 出境適用對象之眷屬

緊急特殊因素：_____

其他：_____

三、取得 COVID-19(武漢肺炎)檢驗結果之時間需求：

※本院依疫情指揮中心說明一般案件於 48 小時內可提供英文版檢驗報告

※本院依疫情指揮中心說明急件案件於篩檢當日 19:00 可提供英文版檢驗報告

四、出境日期：_____年_____月_____日)

搭乘航空班機編號：_____ (請檢附電子機票等購票證明)

註：因二親等家屬身故或重病，需外出奔喪或探親之居家隔離/檢疫者填寫申請表時，無需填寫「申請入境之國家/地區名稱」、「出境日期」及「搭乘航空班機」等項目，請於二、申請自費檢驗 COVID-19(武漢肺炎)原因之「其他」選項填列

申請人簽章：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

領取人簽章：

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分