





# 격리면제기간 활동계획서

(뒷 면)

○ **일자별 활동계획** ※ 면제대상자 또는 초청기업·단체 작성

- ※ 격리면제 전체기간(최대 14일, 인도적 목적 최대 7일)에 대해, **방문장소 및 대상**(사업 파트너 등) 등 포함하여 상세 작성(필요시 별도 용지에 구체계획 첨부), **이동시 교통편 관련 정보 포함**(대중 교통 이용 불가) <예> 자차 또는 초청기업 차량 이용 등

상기 본인은 격리면제기간 활동계획서에 기재된 내용이 사실과 다를 경우 감염병예방법에 따라 형사처벌되거나, 출입국관리법에 따라 입국불허 또는 강제퇴거되거나 형사처벌 받을 수 있음을 고지받았음을 서약합니다.

※ 본인은 개인정보보호법 제15조 및 제17조에 따라 개인정보수집 및 이용, 제3자(복지부, 질병관리청, 외교부 및 재외공관, 법무부, 국토부, 경찰청, 보건소 및 의료원, 병원 등 코로나 19 방역관련 공공 행정·의료기관 등) 제공에 동의합니다. **(동의  미동의 )**

**신청인**

(인 또는 서명)

**신청일** :

년 월 일

**신청인** :

(서명 또는 인)

보증인(초청기업·단체 등 대표) :

(서명 또는 인)

**주일본대한민국 대사 귀하**

# 국내 체류지 증빙

1. 체류지 주소

2. 위 체류지 거주자의 인적사항

성명:

관계:

연락처:

작성자:

이메일:

년            월            일  
(서명 또는 인)

/끝/

COVID-19 に関する検査証明  
Certificate of Testing for COVID-19

Date of issue \_\_\_\_\_  
交付年月日

氏名 \_\_\_\_\_ パスポート番号 \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_, Passport NO. \_\_\_\_\_,  
国籍 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
Nationality \_\_\_\_\_, Date of Birth \_\_\_\_\_, Sex \_\_\_\_\_,

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。  
よって、この証明を交付する。

This is to certify the following results which have been confirmed by testing  
for COVID-19 conducted with the specimen taken from the above-mentioned person.

採取検体 sample	検査法 Test methods	結果 Result	決定年月日 Date 検体接種日 Sample date/Time	備考 Remarks
・鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	・遺伝子増幅検査 (real time RT-PCR 法) NAT (real time RT- PCR test)			
・鼻腔ぬぐい液 Nasal Swab	・遺伝子増幅検査 (LAMP 法) NAT (RT- LAMP test)			
・唾液 Saliva	・抗原定量検査 CLEIA test			

医療機関名 Medical institution \_\_\_\_\_  
住所 Address of the institution \_\_\_\_\_  
医師名 Signature by doctor \_\_\_\_\_

An imprint of  
a seal

COVID-19 に関する検査証明  
Certificate of Testing for COVID-19

Date of issue \_\_\_\_\_

交付年月日

氏名 \_\_\_\_\_ パスポート番号 \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_, Passport NO. \_\_\_\_\_,  
国籍 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
Nationality \_\_\_\_\_, Date of Birth \_\_\_\_\_, Sex \_\_\_\_\_,

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。  
よって、この証明を交付する。

This is to certify the following results which have been confirmed by testing  
for COVID-19 conducted with the specimen taken from the above-mentioned person.

採取検体 sample	検査法 Test methods	結果 Result	決定年月日 Date 検体接種日 Sample date/Time	備考 Remarks
<ul style="list-style-type: none"> <li>・鼻咽喉ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab</li> <li>・鼻腔ぬぐい液 Nasal Swab</li> <li>・唾液 Saliva</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・遺伝子増幅検査 (real time RT-PCR 法) NAT (real time RT-PCR test)</li> <li>・遺伝子増幅検査 (LAMP 法) NAT (RT- LAMP test)</li> <li>・抗原定量検査 CLEIA test</li> </ul>	Negative	29 <sup>th</sup> May 2020  29 <sup>th</sup> May 2020 1 PM JST	

医療機関名 Medical institution \_\_\_\_\_

住所 Address of the institution \_\_\_\_\_

医師名 Signature by doctor \_\_\_\_\_

An imprint of  
a seal