

在

大使・総領事 殿

I 医療機関による受診等予定証明書

医療機関名称： _____ 印

住所：

都道府県承認番号（登録番号）：

担当者氏名： _____（部署名： _____）

電話番号： _____ F A X 番号： _____

電子メールアドレス：

次のとおり外国人患者等について以下の受診等が予定されていることを証明します。

<患者等に関する情報>

氏名：

国籍：

住所：

電話：

目的（病名等及び治療等に必要な行為）：

治療等の場所：

受診等予定期間： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

* 受診等予定期間に従い滞在期間が90日以内か90日を超えるか該当する□にチェックして下さい。

滞在期間 90日以内 90日超（在留資格認定証明書添付）

* 治療のために数次に渡る入国が必要な場合は「□必要」にチェックをし、別途詳細な治療予定表を添付してください。

数次有効査証（90日以内の場合のみ） 必要 不要

II 身元保証機関による身元保証書

身元保証機関名称： _____ 印

住所：

登録管理番号：

担当者氏名： _____（部署名： _____）

電話番号： _____ F A X 番号： _____

電子メールアドレス：

<滞在期間に関する情報>

滞在予定期間： _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日

<同伴者に関する情報>

氏名：

住所：

電話：

* 複数の同伴者がいる場合は別途リストを添付してください。

上記 I の医療機関による外国人患者等及び上記同伴者の受入に関し、次のとおり身元を引き受けます。

- ・ 本邦滞在中，日本国法令を遵守させること
- ・ 関係省庁から要請のあった場合又は問題が発生した場合，本邦における在留状況その他の事項を関係省庁に遅滞なく報告すること。
- ・ 不法滞在その他の問題が発生し，外国人患者等及びその同伴者が帰国のための旅費を支払わない又は直ちに支払えないときは，当該旅費を一時的に立て替えること。
- ・ 全員の出国後，速やかにその旨を報告すること。
- ・ 今後の患者等の治療等の予定を把握し，要すれば患者等との連絡を保つ。