

新型コロナウイルス検査リスト

作品名			
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 ～ 年 月 日 (日間)		
撮影場所			

番号	所属	氏名	検査方法	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してください。

※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。