

自主隔離承諾書

名前:

パスポート番号:

電話番号:

フライト日: 年 月 日

隔離期間: 年 月 日～ 年 月 日

下記内容を承諾します

- 1、フライト出発日の前に14日間の自主隔離をしていること
- 2、隔離期間中に新型コロナウイルスの症状(発熱、咳、嗅覚・味覚障害など)が出ていないこと
- 3、防疫政策や法律に違反した場合、法的責任を負うこと

署名:

年 月 日