

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 sample taken from the above-mentioned person.

採取検体 Sample	検査法 Testing for COVID-19	結果 Result	決定年月日 Result Date 検体採取日時 Sample Date and Time	備考 Remarks
・鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ・唾液 Saliva	・核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)			

(検体採取機関名 Sampling institution _____)

(検体採取機関と医療機関が異なる場合のみ記載 Only if different institutions conduct sampling and testing.)

医療機関名 Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

電話番号 Phone number of the institution _____

医師名 Name of doctor (Printed) _____

医籍登録番号 Registration number _____

署名 Signature by doctor _____

An imprint of
a seal
病院の印影