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（下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below） | 検査法 Testing for COVID-19（下記いずれかをチェック/ Check one of the boxes below） | 結果Result | ①決定年月日Result Date②検体採取日時Sampling 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）□核酸増幅検査（LAMP法）nucleic acid amplification test （LAMP）□抗原定量検査antigen test (CLEIA)  |  | ①② |  |

医療機関名 Medical institution

An imprint of a seal　印影

住所　Address of the institution

医師名　Signature by doctor