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 Date検体接種日　Sample date/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)  |  |  |  |

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

COVID-19に関する検査証明

Sample

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 Date検体接種日　Sample date/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)  | Negative | 29th May 202029th May 2020１PM JST |  |

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