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 Date  ②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  quantitative antigen test (CLEIA) |  | ①  ② |  |

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  （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 Date  ②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  quantitative antigen test (CLEIA) | Negative | 1. 29th May 2020   ②　29th May 2020  １PM 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