

COVID-19 に関する検査証明
Certificate of Testing for COVID-19

交付年月日
Date of issue _____

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.

検査法 Testing for COVID-19	検査結果 Testing Result	検体採取日 Sample Date
核酸増幅検査 Real time RT-PCR 法	陰性(negative) <input type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/>	

医療機関名(Medical institution) _____

住所(Address of the institution) _____

電話(Telephone number) _____

医師名(Signature by doctor) _____