

# 中国入国希望者専用表

请核对信息无误后即上传此证明原件(纸质版照片或 PDF 均可) 申请健康码, 并避免外出, 杜绝聚餐等“三密”行为, 严防感染。  
個人情報をご確認の上、直ちにこの原本(写真または PDF ファイルの画像)をアップロードして健康コードを申請してください。検査後は外出や会食などの「三密」を避けてください。

## 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 \_\_\_\_\_  
連絡先 (中国) \_\_\_\_\_ 連絡先 (日本) \_\_\_\_\_  
Phone number (China) \_\_\_\_\_ Phone number (Japan) \_\_\_\_\_

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.

検査項目 Testing Item	採取検体 Sample	検査法 Testing Method for COVID-19	検査結果 Result	検体採取日時 Specimen Collection Date and Time
核酸増幅検査	鼻咽頭拭い液	real-time (RT-) PCR 法	陰性 (negative) <input type="checkbox"/> 陽性 (positive) <input type="checkbox"/>	Date (yyyy/mm/dd) ____ / ____ / ____ Time (24h) _____

医療機関名 (Medical institution) \_\_\_\_\_

住所 (Address of the institution) \_\_\_\_\_

電話 (Telephone number) \_\_\_\_\_

医師名 (Signature by doctor) \_\_\_\_\_

印影  
An imprint  
of a seal