

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 specimen taken from the above-mentioned person.

| 採取検体 sample | 検査法 Test methods | 結果 Result | 決定年月日 Date 検体接種日 Sample date/Time | 備考 Remarks |
|---|---|-----------|---|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ・ 鼻腔ぬぐい液 Nasal Swab ・ 唾液 Saliva | <ul style="list-style-type: none"> ・ 遺伝子増幅検査 (real time RT-PCR 法) NAT (real time RT-PCR test) ・ 遺伝子増幅検査 (LAMP 法) NAT (RT- LAMP test) ・ 抗原定量検査 CLEIA test | | | |

医療機関名 Medical institution _____
住所 Address of the institution _____
医師名 Signature by doctor _____

An imprint of
a seal

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 specimen taken from the above-mentioned person.

| 採取検体 sample | 検査法 Test methods | 結果 Result | 決定年月日 Date 検体接種日 Sample date/Time | 備考 Remarks |
|--|--|-----------|--|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ・鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ・鼻腔ぬぐい液 Nasal Swab ・唾液 Saliva | <ul style="list-style-type: none"> ・遺伝子増幅検査 (real time RT-PCR 法) NAT (real time RT-PCR test) ・遺伝子増幅検査 (LAMP 法) NAT (RT- LAMP test) ・抗原定量検査 CLEIA test | Negative | 29 th May 2020 29 th May 2020 1 PM JST | |

医療機関名 Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

医師名 Signature by doctor _____

An imprint of
a seal