

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
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)		① ②	

医療機関名 Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

医師名 Signature by doctor _____

An imprint of
a seal 印影

Sample

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
<input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)	Negative	① 29 th May 2020 ② 29 th May 2020 1 PM JST	
<input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)			

医療機関名 Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

医師名 Signature by doctor _____

An imprint of
a seal 印影