

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

Date of issue : #VALUE!  
交付年月日

氏名  
Client Name :  
パスポート番号  
Passport No :  
国籍  
Nationality :  
生年月日  
Date of Birth : 1/1/1975  
性別  
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	決定年月日 ① 検査結果判明日 Examination 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"/> 核酸増幅検査 real time RT-PCR法 nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)		① #VALUE!  ② : 00 #VALUE!	
<input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<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)			

医師名 Physician's Name : M.D.

医療機関名 Medical institution : Keiyu-kai Naito Hospital

住所 Address of the institution : 2-7-23, Fukae-minami, Higashinari-ku, Osaka-city, Japan

医師名 Signature by doctor : \_\_\_\_\_