

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
Name _____

パスポート番号
Passport No. _____

国籍
Nationality _____

生年月日
Date of Birth _____

性別
Sex ☐ Male ☐ Female

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 Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below)	結果 Result	①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time	備考 Remarks
<input type="checkbox"/> 鼻咽喉ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	核酸増幅検査 Nucleic acid amplification test <input type="checkbox"/> RT-PCR 法 (RT-PCR) <input type="checkbox"/> リアルタイム RT-PCR 法 (real-time RT-PCR) <input type="checkbox"/> 抗原定性検査 Qualitative antigen test	<input type="checkbox"/> 陰性 Negative	①結果判明日 Date _____ ②検体採取日時 Date _____ Time <input type="checkbox"/> AM/ <input type="checkbox"/> PM _____:	

医療機関名：医療法人清真会丹野病院

Name of Medical institution : Iryouhoujin Seishinkai Tanno Hospital

住所：茨城県水戸市酒門町 4887

Address of the institution : 4887 Sakadocho, Mito-shi, Ibaraki-ken

TEL : 029-226-6555

医師名 Signature by doctor : _____

印影
An imprint of a
seal