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

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 |
| □鼻咽頭ぬぐい液  Nasopharyngeal Swab  □唾液　Saliva | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）  Nucleic acid amplification test（real time RT-PCR）  □核酸増幅検査（LAMP法）  Nucleic acid amplification test （LAMP）  □核酸増幅検査（TMA法）  Nucleic acid amplification test （TMA）  □核酸増幅検査（TRC法）  Nucleic acid amplification test （TRC）  □核酸増幅検査（Smart Amp法）  Nucleic acid amplification test （Smart Amp）  □核酸増幅検査（NEAR法）  Nucleic acid amplification test （NEAR）  □次世代シーケンス法  Next generation sequence  □抗原定量検査\*  Quantitative antigen test\* (CLEIA) |  | ①  ② |  |

\* 抗原定性検査ではない。

Not a qualitative antigen test.

医療機関名　Name of Medical institution

印影

An imprint of a seal

住所　Address of the institution

医師名 Signature by doctor

COVID-19に関する検査証明

Sample

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

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 |
| ☑鼻咽頭ぬぐい液  Nasopharyngeal Swab  □唾液　Saliva | □核酸増幅検査（real time RT-PCR法）  Nucleic acid amplification test（real time RT-PCR）  ☑核酸増幅検査（LAMP法）  Nucleic acid amplification test （LAMP）  □核酸増幅検査（TMA法）  Nucleic acid amplification test （TMA）  □核酸増幅検査（TRC法）  Nucleic acid amplification test （TRC）  □核酸増幅検査（Smart Amp法）  Nucleic acid amplification test （Smart Amp）  □核酸増幅検査（NEAR法）  Nucleic acid amplification test （NEAR）  □次世代シーケンス法  Next generation sequence  □抗原定量検査\*  Quantitative antigen test\* (CLEIA) | **Negative** | ① **7th March 2021**  ② **6th March 2021**  **１PM** |  |

\* 抗原定性検査ではない。

Not a qualitative antigen test.

医療機関名　Name of Medical institution

印影

An imprint of a seal

住所　Address of the institution

医師名 Signature by doctor