



Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Government of Japan

گواهی تست کووید-19
Certificate of Testing for COVID-19

تاریخ صدور
Date of issue _____

شماره گذرنامه
Name _____, Passport No. _____
جنسیت
ملیت _____, تاریخ تولد _____, Sex _____
Nationality _____, Date of Birth _____

گواهی می گردد که نتایج زیر با انجام تست کووید-19 روی نمونه گرفته شده از فرد فوق الذکر تایید شده است.
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.

نمونه Sample (یکی از گزینه های زیر را انتخاب نمایید/Check one of the boxes below)	روش تست برای کووید-19 Testing Method for COVID-19 (یکی از گزینه های زیر را انتخاب /Check one of the boxes below)	نتیجه Result	تاریخ نتیجه تست ① Test Result Date تاریخ و ساعت نمونه برداری ② Specimen Collection Date and Time	ملاحظات Remarks
<input type="checkbox"/> سواب بینی و حلق Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> بزاق Saliva	<input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> توالی یابی نسل جدید Next generation sequence <input type="checkbox"/> *آزمایش کمی آنتی ژن Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input type="checkbox"/> منفی Negative <input type="checkbox"/> مثبت Positive → عدم ورود به ژاپن No entry into Japan	① Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ ② Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Time AM/PM : ____ : ____	

*آزمایش کیفی آنتی ژن نیست
Not a qualitative antigen test.

نام موسسه پزشکی Name of Medical institution _____
 آدرس موسسه Address of the institution _____
 امضاء توسط پزشک Signature by doctor _____

مهر
An imprint of a
seal



گواهی تست کووید-19
Certificate of Testing for COVID-19

تاریخ صدور
Date of issue _____

شماره گذرنامه
Name _____, Passport No. _____
ملیت
Nationality _____, تاریخ تولد
Date of Birth _____, جنسیت
Sex _____

گواهی می گردد که نتایج زیر با انجام تست کووید-19 روی نمونه گرفته شده از فرد فوق الذکر تایید شده است.
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.

نمونه Sample (یکی از گزینه های زیر را انتخاب نمایید/Check one of the boxes below)	روش تست برای کووید-19 Testing Method for COVID-19 (یکی از گزینه های زیر را انتخاب کنید/Check one of the boxes below)	نتیجه Result	تاریخ نتیجه تست Test Result Date (3) تاریخ و ساعت نمونه برداری (4) Specimen Collection Date and Time	ملاحظات Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> سواب بینی و حلق Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> بزاق Saliva	<input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> توالی یابی نسل جدید Next generation sequence <input type="checkbox"/> *آزمایش کمی آنتی ژن Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> منفی Negative <input type="checkbox"/> مثبت Positive → عدم ورود به ژاپن No entry into Japan	① Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 2</u> ② Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 1</u> Time AM <u>PM 2 :30</u>	

*آزمایش کیفی آنتی ژن نیست
Not a qualitative antigen test.

نام موسسه پزشکی Name of Medical institution _____

آدرس موسسه Address of the institution _____

امضاء توسط پزشک Signature by doctor _____

مهر

An imprint of a

seal