



مرکز قرنطینہ، وزارت صحت، محنت اور بہبود، حکومت جاپان
Ministry of Health, Labour and Welfare, Government of Japan

کووڈ-19 کی تشخیص کا تصدیق نامہ
Certificate of Testing for COVID-19

تاریخ اجراء
Date of issue _____

نام _____، پاسپورٹ نمبر _____
Name _____، Passport No. _____

قومیت _____، جنس _____، تاریخ پیدائش _____
Nationality _____، Sex _____، Date of Birth _____

یہ مندرجہ ذیل نتائج کی تصدیق کے لیے ہے جو مذکورہ بالا شخص سے لیے گئے نمونہ پر کووڈ-19 کی تشخیص کے لیے گئے گئے۔

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.

نمونہ Sample (دینے گئے ٹیوں میں سے کسی ایک پر نشان لگائیں) /Check one of the boxes below)	کووڈ-19 کی تشخیص کا طریقہ Testing Method for COVID-19 (دینے گئے ٹیوں میں سے کسی ایک پر نشان لگائیں) /Check one of the boxes below)	نتیجہ Result	نتیجہ کی تاریخ Test Result Date نمونہ لینے کی تاریخ اور وقت Specimen Collection Date and Time	تصریحات Remarks
<input type="checkbox"/> حلق اور ناک والی روئی Nasopharyngeal Swab	<input type="checkbox"/> آرٹی-پی سی آر Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	<input type="checkbox"/> منفی Negative	① Date (yyyy /mm /dd) / /	
<input type="checkbox"/> تھوک Saliva	<input type="checkbox"/> لیپ Nucleic acid amplification test (LAMP)	<input type="checkbox"/> مثبت Positive	② Date (yyyy /mm /dd) / /	
	<input type="checkbox"/> ٹی ایم اے Nucleic acid amplification test (TMA)	→ جاپان میں داخلہ ممنوع No entry into Japan	Time AM/PM : _____	
	<input type="checkbox"/> ٹی آر سی Nucleic acid amplification test (TRC)			
	<input type="checkbox"/> سمارٹ ایمپ Nucleic acid amplification test (Smart Amp)			
	<input type="checkbox"/> این ای اے آر Nucleic acid amplification test (NEAR)			
	<input type="checkbox"/> نیسٹ جینریشن سیکوینس Next generation sequence			
	<input type="checkbox"/> سی ایل ای آئی اے* Quantitative antigen test* (CLEIA)			

کوالٹی انٹیجن ٹیسٹ نہیں ہے*
Not a qualitative antigen test.

طبی ادارہ کا نام Name of Medical institution _____

ادارے کا پتہ Address of the institution _____

ڈاکٹر کے دستخط Signature by doctor _____

مہر
An imprint of a
seal



کووڈ-19 کی تشخیص کا تصدیق نامہ
Certificate of Testing for COVID-19

تاریخ اجراء
Date of issue _____

نام _____، پاسپورٹ نمبر _____
Name _____، Passport No. _____

قومیت _____، جنس _____، تاریخ پیدائش _____
Nationality _____، Sex _____، Date of Birth _____

یہ مندرجہ ذیل نتائج کی تصدیق کے لیے ہے جو مذکورہ بالا شخص سے لیے گئے نمونہ پر کووڈ-19 کی تشخیص کے لیے گئے گئے۔

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.

نمونہ Sample (دینے گئے ڈبوں میں سے کسی ایک پر نشان لگائیں) Check one of the boxes below)	کووڈ-19 کی تشخیص کا طریقہ Testing Method for COVID-19 (دینے گئے ڈبوں میں سے کسی ایک پر نشان لگائیں) /Check one of the boxes below)	نتیجہ Result	نتیجہ کی تاریخ Test Result Date نمونہ لینے کی تاریخ اور وقت Specimen Collection Date and Time	تصریحات Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> حلق اور ناک والی روئی Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> تھوک Saliva	<input type="checkbox"/> آرٹی-پی سی آر Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> لیمپ Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> ٹی ایم اے Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> ٹی آر سی Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> سمارٹ ایمپ Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> این ای اے آر Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> نیکسٹ جینریشن سیکوینس Next generation sequence <input type="checkbox"/> سی ایل ای آئی اے* Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> منفی Negative <input type="checkbox"/> مثبت Positive → جاپان میں داخلہ ممنوع 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</u> <u>2 :30</u>	

کوالٹی انٹیجن ٹیسٹ نہیں ہے*
Not a qualitative antigen test.

طبی ادارہ کا نام Name of Medical institution _____

ادارے کا پتہ Address of the institution _____

ڈاکٹر کے دستخط Signature by doctor _____

مہر

An imprint of a
seal