



Certificate of Testing for COVID-19
Certificado de Teste para COVID-19

Date of issue Data de emissão _____

Name Nom _____ Passport No. Passaporte N° _____

Nationality Nacionalidade _____ Date of Birth Data de Nascimento _____ Sex Sexo _____

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.

Este é para certificar os seguintes resultados, que foram confirmados pelos testes para COVID-19, realizados com a amostra retirada da pessoa acima mencionada.

Sample Exemplo (Check one of the boxes below) Marque uma das opções abaixo	Testing Method for COVID-19 Método do teste para COVID-19 (Check one of the boxes below) Marque uma das opções abaixo	Result Resultado	① Test Result Date ① Data do resultado do teste ② Specimen Collection Date and Time ② Data e hora da coleta da amostra	Remarks Observações
<input type="checkbox"/> Nasopharyngeal Swab Esfregaço nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Saliva Saliva	<input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (RT-PCR) Teste de amplificação de ácido nucleico (RT-PCR) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (LAMP) Teste de amplificação de ácido nucleico (LAMP) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (TMA) Teste de amplificação de ácido nucleico (TMA) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (TRC) Teste de amplificação de ácido nucleico (TRC) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (Smart Amp) Teste de amplificação de ácido nucleico (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (NEAR) Teste de amplificação de ácido nucleico (NEAR) <input type="checkbox"/> Next generation sequence Seqüência da próxima geração <input type="checkbox"/> Quantitative antigen test* (CLEIA) Teste quantitativo de antígeno * (CLEIA)	<input type="checkbox"/> Negative Negativo <input type="checkbox"/> Positive Positivo → No entry into Japan Proibido a entrada no Japão	Date(yyyy /mm /dd) Data (ano / mês / dia) ____/____/____ Date(yyyy /mm /dd) Data (ano / mês/ dia) ____/____/____ Time AM/PM ____ : ____ Hora: ____ : ____	

* Not a qualitative antigen test. Não é um teste de antígeno qualitativo.

Name of Medical institution Nome da Instituição Médica _____

Address of the institution Endereço da Instituição _____

Signature by doctor Assinatura do Médico(a) _____

An imprint of a seal
Carimbo Impresso



Certificate of Testing for COVID-19
Certificado de Teste para COVID-19

Date of issue Data de emissão _____

Name Nome _____ Passport No. Passaporte Nº _____

Nationality Nacionalidade _____ Date of Birth Data de Nascimento _____ Sex Sexo _____

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.

Este é para certificar os seguintes resultados, que foram confirmados pelos testes para COVID-19, realizados com a amostra retirada da pessoa acima mencionada.

Sample Exemplo (Check one of the boxes below) Marque uma das opções abaixo	Testing Method for COVID-19 Método do teste para COVID-19 (Check one of the boxes below) Marque uma das opções abaixo	Result Resultado	① Test Result Date Data do Resultado do Teste ② Specimen Collection Date and Time Data e hora da coleta da amostra	Remarks Observações
<input checked="" type="checkbox"/> Nasopharyngeal Swab Esfregaço Nasofaríngeo <input type="checkbox"/> Saliva Saliva	<input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (RT-PCR) Teste de amplificação de ácido nucleico (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (LAMP) Teste de amplificação de ácido nucleico (LAMP) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (TMA) Teste de amplificação de ácido nucleico (TMA) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (TRC) Teste de amplificação de ácido nucleico (TRC) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (Smart Amp) Teste de amplificação de ácido nucleico (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Nucleic acid amplification test (NEAR) Teste de amplificação de ácido nucleico (NEAR) <input type="checkbox"/> Next generation sequence Seqüência da próxima geração <input type="checkbox"/> Quantitative antigen test* (CLEIA) Teste quantitativo de antígeno * (CLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Negative Negativo <input type="checkbox"/> Positive Positivo → No entry into Japan Proibido a entrada no Japão	Date (yyyy /mm /dd) Data (ano / mês / dia) 2021 / 4 / 2 <hr/> Date (yyyy /mm /dd) Data (ano / mês / dia) 2021 / 4 / 1 <hr/> Time AM/PM 2 :30 Hora: _____:____	

* Not a qualitative antigen test. Não é um teste de antígeno qualitativo

Name of Medical institution Nome da Instituição Médica _____

Address of the institution Endereço da Instituição _____

Signature by doctor Assinatura do Médico(a) _____

An imprint of a seal
Carimbo impresso