



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

COVID-19 Testverklaring
Certificate of Testing for COVID-19

Afgiftedatum

Date of Issue _____

Volledige Naam

Paspoortnr.

Name _____

Passport No. _____

Nationaliteit

Geboortedatum

Geslacht

Nationality _____

Date of Birth _____ Sex _____

Hierbij bevestig ik onderstaande resultaten naar aanleiding van een COVID - 19 test afgenomen door middel van een monster bij bovenstaand persoon.

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.

Monster/Sample (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/ Check one of the boxes below)	Testmethode op COVID-19 /Testing Method for COVID-19 (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/Check one of the boxes below)	Uitslag/ Result	① Datum testuitslag/ Test Result Date ② Monster afname datum en tijd/ Specimen Collection Date and Time	Opmerkingen Remarks
<input type="checkbox"/> Nasopharynx- uitstrijk Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Speeksel Saliva	<input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> Volgende generatie sequentie Next generation sequence <input type="checkbox"/> Kwantitatieve Antigeen test* (CLEIA) Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input type="checkbox"/> Negatief Negative <input type="checkbox"/> Positief →Geen Toegang tot Japan Positive →No entry into Japan	① Datum(jjjj/mm/dd) Date (yyyy/mm/dd) _____/_____/_____ ② Datum(jjjj/mm/dd) Date (yyyy/mm/dd) _____/_____/_____ Tijd Time <u>AM/PM</u> : _____	

* geen kwalitatieve antigeen test/Not a qualitative antigen test

Naam van geneeskundige instelling/Name of Medical institution _____

Adres van de instelling/Address of the institution _____

Handtekening Arts/Signature by doctor _____

Stempel/An
imprint of a
seal



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

Sample

COVID-19 Testverklaring
Certificate of Testing for COVID-19

Afgiftedatum

Date of Issue _____

Volledige Naam

Paspoortnr.

Name _____

Passport No. _____

Nationaliteit

Geboortedatum

Geslacht

Nationality _____

Date of Birth _____ Sex _____

Hierbij bevestig ik onderstaande resultaten naar aanleiding van een COVID - 19 test afgenomen door middel van een monster bij bovenstaand persoon.

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.

Monster/Sample (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/ Check one of the boxes below)	Testmethode op COVID-19 /Testing Method for COVID-19 (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/Check one of the boxes below)	Uitslag/ Result	① Datum testuitslag/ Test Result Date ② Monster afname datum en tijd/ Specimen Collection Date and Time	Opmerkingen Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> Nasopharynx- uitstrijk Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Speeksel Saliva	<input checked="" type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> Volgende generatie sequentie Next generation sequence <input type="checkbox"/> Kwantitatieve Antigeen test* (CLEIA) Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Negatief Negative <input type="checkbox"/> Positief →Geen Toegang tot Japan Positive →No entry into Japan	① Datum(jjjj/mm/dd) Date (yyyy/mm/dd) <u>2021 / 4 / 2</u> ② Datum(jjjj/mm/dd) Date (yyyy/mm/dd) <u>2021 / 4 / 1</u> Tijd Time <u>AM/PM 2 : 30</u>	

* geen kwalitatieve antigeen test/Not a qualitative antigen test

Naam van geneeskundige instelling/Name of Medical institution _____

Adres van de instelling/Address of the institution _____

Handtekening Arts/Signature by doctor _____

Stempel/An
imprint of a
seal