



COVID-19 에 관한 검사증명

Certificate of Testing for COVID-19

교부일
Date of issue _____

성명 _____, 여권번호 _____
Name _____, Passport No. _____
국적 _____, 생년월일 _____, 성별 _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

상기자의 COVID-19 에 관한 검사를 한 결과, 그 결과는 아래와 같습니다.
따라서 이 증명을 교부합니다.

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.

검체채취 Sample (Check one of the boxes below)	검사법 Testing Method for COVID-19 (Check one of the boxes below)	검사결과 Result	① 결과 판정일 Test Result Date ② 검체채취 일자 및 시간 Specimen Collection Date and Time	비고 Remarks
<input type="checkbox"/> 비인두도말물 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 타액 Saliva <input type="checkbox"/> 비인두도말물 과 구인두도말물의 혼합 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (RT-PCR 법) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (LAMP 법) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (TMA 법) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (TRC 법) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (Smart Amp 법) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (NEAR 법) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> 차세대 염기서열 분석법 (NGS 법) Next generation sequence <input type="checkbox"/> 항원정량검사* Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA)	<input type="checkbox"/> 음성 Negative <input type="checkbox"/> 양성 Positive → 입국불가 No entry into Japan	① Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ ② Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Time AM/PM : ____	

* 항원정성검사가 아님.
Not a qualitative antigen test.

의료기관명 _____
Name of Medical institution _____
주소 _____
Address of the institution _____
의사 서명 _____
Signature by doctor _____

직인
An imprint
of a seal



COVID-19 에 관한 검사증명
Certificate of Testing for COVID-19

교부일
Date of issue _____

성명 _____, 여권번호 _____
Name _____, Passport No. _____
국적 _____, 생년월일 _____, 성별 _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____

상기자의 COVID-19 에 관한 검사를 한 결과, 그 결과는 아래와 같습니다.
따라서 이 증명을 교부합니다.
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.

검체채취 Sample (Check one of the boxes below)	검사법 Testing Method for COVID-19 (Check one of the boxes below)	검사결과 Result	① 결과 판정일 Test Result Date ② 검체채취 일자 및 시간 Specimen Collection Date and Time	비고 Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> 비인두도말물 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 타액 Saliva <input type="checkbox"/> 비인두도말물 과 구인두도말물의 혼합 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (RT-PCR 법) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (LAMP 법) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (TMA 법) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (TRC 법) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (Smart Amp 법) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> 핵산증폭검사 (NEAR 법) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> 차세대 염기서열 분석법 (NGS 법) Next generation sequence <input type="checkbox"/> 항원정량검사* Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> 음성 Negative <input type="checkbox"/> 양성 Positive → 입국불가 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 <u>AM/PM</u> 2:30	

* 항원정성검사가 아님.
Not a qualitative antigen test.

의료기관명 _____
Name of Medical institution _____
주소 _____
Address of the institution _____
의사 서명 _____
Signature by doctor _____

직인
An imprint
of a seal