



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

Certificat de test COVID-19  
Certificate of Testing for COVID-19

Date de délivrance  
Date of issue \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ N° de passport \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Passport No. \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Genre \_\_\_\_\_  
Nationality \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_

Ce document certifie que les résultats suivants ont été confirmés par un test de la COVID-19 par échantillon prélevé sur la personne susmentionnée.

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.

Echantillon Sample ( Cochez l'une des cases ci-dessous / Check one of the boxes below )	Méthode de test COVID-19 Testing Method for COVID-19 ( Cochez l'une des cases ci-dessous / Check one of the boxes below )	Résultat Result	① Date du résultat du test Test Result Date ② Date et heure de collecte d'échantillon Specimen Collection Date and Time	Remarques Remarks
<input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé Nasopharyngeal Swab  <input type="checkbox"/> Prélèvement nasal <sup>*2</sup> Nasal Swab  <input type="checkbox"/> Salive Saliva  <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé et oropharyngé Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( RT-PCR ) Nucleic acid amplification test ( RT-PCR )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( LAMP l'amplification isotherme induite par boucle ) Nucleic acid amplification test ( LAMP )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( TMA ) Nucleic acid amplification test ( TMA )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( TRC ) Nucleic acid amplification test ( TRC )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( Smart Amp ) Nucleic acid amplification test ( Smart Amp )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( NEAR ) Nucleic acid amplification test ( NEAR )  <input type="checkbox"/> Séquençage de nouvelle génération (NGS) Next generation sequence  <input type="checkbox"/> Test antigénique quantitatif (CLEIA/ECLIA) *1 Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input type="checkbox"/> Négatif Negative  <input type="checkbox"/> Positif Positive → Interdiction d'entrée sur le territoire japonais No entry into Japan	① Date (aaaa/mm/jj) Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____  ② Date (aaaa/mm/jj) Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Heure Time AM/PM : _____	

\*1 Pas de test antigénique qualitatif.

Not a qualitative antigen test.

\*2 Le prélèvement nasal est valable lorsque la méthode de test est le test d'amplification de l'acide nucléique.

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test.

Nom de l'institution médicale  
Name of Medical institution \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution  
Address of the institution \_\_\_\_\_

Signature du docteur  
Signature by doctor \_\_\_\_\_

Sceau  
An imprint of a  
seal



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

Certificat de test COVID-19  
Certificate of Testing for COVID-19

Sample

Date de délivrance

Date of issue \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ N° de passport \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_, Passport No. \_\_\_\_\_  
Nationalité \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Genre \_\_\_\_\_  
Nationality \_\_\_\_\_, Date of Birth \_\_\_\_\_, Gender \_\_\_\_\_

Ce document certifie que les résultats suivants ont été confirmés par un test de la COVID-19 par échantillon prélevé sur la personne susmentionnée.

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.

Echantillon Sample ( Cochez l'une des cases ci-dessous / Check one of the boxes below )	Méthode de test COVID-19 Testing Method for COVID-19 ( Cochez l'une des cases ci-dessous / Check one of the boxes below )	Résultat Result	① Date du résultat du test Test Result Date ②Date et heure de collecte d'échantillon Specimen Collection Date and Time	Remarques Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé Nasopharyngeal Swab  <input type="checkbox"/> Prélèvement nasal <sup>*2</sup> Nasal Swab  <input type="checkbox"/> Salive Saliva  <input type="checkbox"/> Prélèvement nasopharyngé et oropharyngé Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( RT-PCR ) Nucleic acid amplification test ( RT-PCR )  <input checked="" type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( LAMP amplification isotherme induite par boucle ) Nucleic acid amplification test ( LAMP )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( TMA ) Nucleic acid amplification test ( TMA )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( TRC ) Nucleic acid amplification test ( TRC )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( Smart Amp ) Nucleic acid amplification test ( Smart Amp )  <input type="checkbox"/> Test d'amplification des acides nucléiques ( NEAR ) Nucleic acid amplification test ( NEAR )  <input type="checkbox"/> Séquençage de nouvelle génération (NGS) Next generation sequence  <input type="checkbox"/> Test antigénique quantitatif (CLEIA/ECLIA)*1 Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Négatif Negative  <input type="checkbox"/> Positif Positive → Interdiction d'entrée sur le territoire japonais No entry into Japan	① Date (aaaa/mm/jj) Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 2</u>  ② Date (aaaa/mm/jj) Date (yyyy /mm /dd) <u>2021 / 4 / 1</u>  Heure Time AM/PM <u>2 :30</u>	

\* Pas de test antigénique qualitatif.

Not a qualitative antigen test.

\*2 Le prélèvement nasal est valable lorsque la méthode de test est le test d'amplification de l'acide nucléique.

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test.

Nom de l'institution médicale

Name of Medical institution \_\_\_\_\_

Adresse de l'institution

Address of the institution \_\_\_\_\_

Signature du docteur

Signature by doctor \_\_\_\_\_

Sceau  
An imprint of a  
seal