COVID-19 に関する検査証明 Certificate of Testing for COVID-19

医師名 Signature by doctor

	交付年月日 Date of issue			
氏 名 Name 国籍 Nationality	パスポート番号 <u>,</u> Passport No 生年月日 <u>,</u> Date of Birth_	<u>,</u> 性別 ,Sex		
よって、この This is to o	O COVID-19 に関する検査を行った結果、 O証明を交付する。 Certify the following results which O conducted with the sample taken f	have been co	onfirmed by test	ing
採取検体 Sample (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below)	検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collecti Date and Time	備考 Remarks on
□鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	□核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT- PCR)	□陰性 Negative □陽性	① Date(yyyy /mm /dd / /)
□唾液 Saliva		Positive →入国不可 No entry into Japan	② Date(yyyy /mm /dd / / Time AM/PM :	
* 抗原定性検査 Not a qualit 医療機関名	ではない。 ative antigen test. Name of Medical institution			
	ss of the institution			印影 An imprint of a

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

交付年月日

COVID-19 に関する検査証明 Certificate of Testing for COVID-19

氏 名 Name 国籍 Nationality	パスポート番号 	, Sex	 ⁻ :記のとおりである	5 .
よって、この This is to	つ証明を交付する。 certify the following results whic 9 conducted with the sample taken	ch have been co	onfirmed by test	ing
採取検体 Sample (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below) 鼻咽頭ぬぐい液	検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below) ✓ 核酸増幅検査 (RT-PCR 法)	結果 Result	①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collecti Date and Time	
Nasopharyngeal Swab □唾液 Saliva	Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	Negative □陽性 Positive →入国不可 No entry into Japan	Date(yyyy /mm /dd 2021 / 4 /2 ② Date(yyyy /mm /dd 2021 / 4 /1 Time AM(PM) 2 :30)
* 抗原定性検査 Not a qualit	Eではない。 tative antigen test.			
医療機関名	印影			
住所 Addre 医師名 Sign	An imprint of a			