

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

Date of issue _____

交付年月日

氏名 _____ パスポート番号 _____
 Name _____, Passport NO. _____,
 国籍 _____ 生年月日 _____ 性別 _____
 Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____,
 日本における住所 Address in Japan _____
 訪問国 Visiting country _____
 訪問国における滞在先（住所） Where applicant intends to stay in the visiting
 country (address) _____
 入国予定日 Scheduled date of entry _____

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。
 よって、この証明を交付する。

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.

採取検体 Sample	検査法 Testing for COVID-19	結果 Result	決定年月日 Result Date 検体採取日時 Sample Date and Time	備考 Remarks
<ul style="list-style-type: none"> ・鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ・唾液 Saliva 	<ul style="list-style-type: none"> ・核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR) ・核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test (LAMP) ・抗原定量検査 antigen test (CLEIA) 		<ul style="list-style-type: none"> Result Date Sample Date and Time 	

医療機関名 Medical institution Shizuoka Kosei Hospital, JAPAN
 住所 Address of the institution 23, Kitaban-cho, Aoi-ku, Shizuoka
420-8623 JAPAN
 医師名 Signature by doctor _____

An imprint of
a seal 印影