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 |
| ・鼻咽頭ぬぐい液Nasopharyngeal Swab・唾液　Saliva | ・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)  |  | Result Date Sample Date and Time   |  |

An imprint of a seal　印影

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