

中国入国希望者専用

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

氏名 パスポート番号

Name XXXXXXXXXXXX Passport NO. AA1234567890

国籍

生年月日

性別

Nationality 中国 Date of Birth XXXX年XX月XX日 Sex 男

連絡先 (中国)

(日本)

Phone number (China) (Japan)

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.

検査法 Testing for COVID-19	検査結果 Testing Result	検体採取日 Sample Date
核酸増幅検査 Real-time RT-PCR 法	陰性(negative) <input checked="" type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/>	年月日
血清 IgM 抗体検査 Sera Specific IgM Detection	陰性(negative) <input checked="" type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/>	年月日

医療機関名 (Medical institution) 医療法人 徳洲会 札幌東徳洲会病院

住所 (Address of the institution) 〒 札幌市東区北 33 条東 14 丁目 3 番 1 号

電話 (Telephone number) +81-117221110



医師名 (Signature by doctor)

年 月 日