

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

交付年月日
Date of issue _____

氏名
Name _____
国籍
Nationality _____

パスポート番号
Passport NO. _____
生年月日
Date of Birth _____ 性別
Sex _____

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 type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/> | |

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

住所(Address of the institution) 北海道札幌市東区北 33 条東 14 丁目 3 - 1 _____

電話(Telephone number) +81-11-722-1110 _____

医師名(Signature by doctor) _____