

中国入国希望者専用表

请核对信息无误后即上传此证明原件照片申请健康码并避免外出，杜绝聚餐等“三密”行为，严防感染。
個人情報をご確認の上、直ちにこの原本写真をアップロードして健康コードを申請してください。検査後は外出や会食などの「3密」を避けてください。

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 _____ パスポート番号 _____
Name _____ Passport NO. _____
国籍 _____ 生年月日 _____ 性別 _____
Nationality _____ Date of Birth _____ Sex _____
連絡先 (中国) _____ 連絡先 (日本) _____
Phone number (China) _____ Phone number (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 検体採取指定方法：鼻腔拭い <input type="checkbox"/>	陰性(negative) <input 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) 〒065-0033 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) _____

Animprint of
a seal 印影