

中国入国希望者専用

请核对信息无误后即上传此证明原件申请健康码，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

氏名 \_\_\_\_\_ 渡航用身分証明書番号 \_\_\_\_\_  
Name XXX, XXXXXX Identity Document NO. XXXXXXXX  
国籍 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
Nationality 中国 \_\_\_\_\_ Date of Birth XXXX年X月X日 Sex 男  
連絡先 (中国) \_\_\_\_\_ (日本) \_\_\_\_\_  
Phone number (China) +86-XXXXXXXXXXXX (Japan) +81-XXXXXXXXXXXX

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
咽頭拭い <input type="checkbox"/> 鼻腔拭い <input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 Real-time RT-PCR 法	陰性(negative) <input checked="" type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/>	XXXX年 X月 X日
指先採血 (3歳以下) <input type="checkbox"/> 静脈血血清IgM抗体検査 Sera Specific IgM Detection	陰性(negative) <input checked="" type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/>	XXXX年 X月 X日

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  
医師署名・印鑑 (Signature by doctor) \_\_\_\_\_

検査機関印

XXXX 年 X 月 X 日