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: |  |

医療機関名 Medical institution

An imprint of a seal　印影

*Tokushukai Medical Corporation* Sapporo Higashi Tokushukai Hospital

住所　Address of the institution

3-1, Kita 33 Higashi 14, Higashi-ku, Sapporo, Hokkaido 065-0033 JAPAN

医師名　Signature by doctor