

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 _____

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 (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below) | 検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below) | 結果 Result | ①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time | 備考 Remarks |
|---|--|--|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (real time RT-PCR) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence <input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA) | <input type="checkbox"/> 陽性 Positive <input type="checkbox"/> 陰性 Negative | ① ② | |

* 抗原定性検査ではない。
Not a qualitative antigen test.

医療機関名 Name of Medical institution _____
住所 Address of the institution _____
医師名 Signature by doctor _____

| |
|-------------------------------|
| 印影 An imprint of a seal |
|-------------------------------|

Sample

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 _____

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 (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below) | 検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below) | 結果 Result | ①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time | 備考 Remarks |
|--|---|---|---|---------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva | <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (real time RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence <input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA) | <input type="checkbox"/> 陽性 Positive <input checked="" type="checkbox"/> 陰性 Negative | ① 7 th March 2021 ② 6 th March 2021 1 PM | |

* 抗原定性検査ではない。
Not a qualitative antigen test.

医療機関名 Name of Medical institution _____
住所 Address of the institution _____
医師名 Signature by doctor _____

印影
An imprint of a
seal