

Sample

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 \_\_\_\_\_,

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 for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①決定年月日 Result Date ②検体採取日時 Sampling 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"/> 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)	Negative	① 29 <sup>th</sup> May 2020  ② 29 <sup>th</sup> May 2020 1 PM JST	

医療機関名 Medical institution \_\_\_\_\_

住所 Address of the institution \_\_\_\_\_

医師名 Signature by doctor \_\_\_\_\_

An imprint of  
a seal 印影