**医療機関における検査証明書の添付なきものは無効**

**如没有附上医疗机构交付的证明原件，申报无效**

**Those without original certification issued from a medical institute are invalid**

検査申告書／检查申报书／Declaration of pre-entry testing result

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名/姓名/Name | 英文 / English |  |
| 和文 or 中文 |  |
| パスポート番号/护照号码/Passport No. | |  |
| 国籍/Nationality | |  |
| 生年月日/Date of Birth | |  |
| 性別/Gender | | □男/Male □女/Female |
| 採取検体/样本类型/Sample | | □鼻咽頭ぬぐい液/鼻咽拭子Nasopharyngeal Swab  □唾液/Salvia |
| 検査法/Testing for COVID-19 | | □核酸増幅検査（RT-PCR 法） nucleic acid amplification test  □核酸増幅検査（LAMP 法）  nucleic acid amplification test  □抗原定量検査 antigen test (CLEIA) |
| 検査結果/Result | | 陰性 / 阴性 / Negative |
| 決定年月日/采样结果确定时间/Result Date | | 2021 / / |
| 検体採取日時/采样时间  Sampling Date and Time | | 2021 / / |
| 交付年月日/Date of issue | | 2021 / / |
| 医療機関名/医疗机构名称/Medical institution | |  |
| 医療機関住所/医疗机构地址/  Address of the institution | |  |
| 上記記載及び別添の検査証明書のとおり、中華人民共和国の認可された医療機関において COVID-19 の陰性証明を受けた旨申告します。  如上述记载及附件的检查证明所示，特此申报本人已取得中华人民共和国认可的医疗机构签发的  COVID-19 阴性检查证明。  As indicated above and in the attached test certificate, I declare that I have received a negative test result of COVID-19 from an authorized medical institution in the People's Republic of China. | | |
| 記入年月日/填表日期/Date of Declaration: 2021/ /  署名 Signature: | | |