

(別添2)

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	検査法 Testing for COVID-19	結果 Result	決定年月日 Date 検体接種日 Sample date/Time	備考 Remarks
・鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	・核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)			
・唾液 Saliva	・核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test (LAMP) ・抗原定量検査 antigen test (CLEIA)			

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

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	検査法 Testing for COVID-19	結果 Result	決定年月日 Date 検体接種日 Sample date/Time	備考 Remarks
• 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	• 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)	Negative	29 th May 2020	
• 唾液 Saliva	• 核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test (LAMP) • 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)		29 th 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