

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  
Name

パスポート番号  
Passport No.

国籍  
Nationality

生年月日  
Date of Birth

性別  
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.

検査検体 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"/> 鼻咽喉ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab  <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査(realtime 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"/> 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)		①  ②	

医療機関名  
Medical institution

医療法人社団成仁病院  
Seijin Hospital

住所  
Address of the institution

東京都足立区島根三丁目2番1号  
3-2-1 Shimane, Adachi-ku, Tokyo, Japan 121-8515

医師名  
Signature by doctor

木内健二郎  
Kenjiro Kiuchi