

COVID-19に関する検査証明

交付年月日

氏名

生年月日

性別

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。

検査検体 (下記いずれかをチェック)	検査法 (下記いずれかをチェック)	結果	①決定年月日 ②検体採取日時	備考
<input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽喉ぬぐい液 <input type="checkbox"/> 唾液	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (realtime RT-PCR法) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP法) <input type="checkbox"/> 抗原定性検査		① ②	

医療機関名

医療法人社団成仁病院

住所

〒121-8515 東京都足立区島根3-2-1

医師名

窪田 恭彦