

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 Japan, 生年月日 Date of Birth \_\_\_\_\_, 性別 Sex \_\_\_\_\_,

日本における住所 Address in Japan: \_\_\_\_\_

訪問国 Visiting country: \_\_\_\_\_

訪問国における滞在先(住所) Where applicant intends to stay in the visiting country(address): \_\_\_\_\_

入国予定日 Scheduled date of entry: \_\_\_\_\_

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 type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)		①DD/MM/YYYY  ②DD/MM/YYYY 00:00 Japan Standard Time	
<input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<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)			

医療法人社団どんぐり会 那珂キッズクリニック小児科

医療機関名 Medical institution NAKA KIDS CLINIC PEDIATRICS

住所 Address of the institution 3-2-2. TAKENOUCHI, NAKA-CITY, IBARAKI. 311-0110 JAPAN

医師名 Signature by doctor Ryouichi Kashiwagi, M.D.

