

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 \_\_\_\_\_ 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 (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below)	検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time	備考 Remarks
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab  <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time 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"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA)  <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC)  <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp)  <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR)  <input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence  <input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA)		①  ②	

\* 抗原定性検査ではない。  
Not a qualitative antigen test.

医療機関名 Name of Medical institution \_\_\_\_\_  
住所 Address of the institution \_\_\_\_\_  
医師名 Signature by doctor \_\_\_\_\_

印影 An imprint of a seal
-------------------------------

Sample

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 \_\_\_\_\_, 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 (下記いずれかをチェック /Check one of the boxes below)	検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time	備考 Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab  <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)  <input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP)  <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA)  <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC)  <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp)  <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR)  <input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence  <input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA)	Negative	① 7 <sup>th</sup> March 2021  ② 6 <sup>th</sup> March 2021 1 PM	

\* 抗原定性検査ではない。  
Not a qualitative antigen test.

医療機関名 Name of Medical institution \_\_\_\_\_

住所 Address of the institution \_\_\_\_\_

医師名 Signature by doctor \_\_\_\_\_

印影  
An imprint of a  
seal