

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 Japan 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 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"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)	Negative	② 30th Oct. 2020 ② 29th Oct. 2020 2 PM JST	

医療機関名 Medical institution THE WELLNESS CLINIC
住所 Address of the institution 9F, Yanagida Bldg. 110-2, Ito-machi, Chuo-ku, Kobe-shi, Hyogo 650-0032, Japan
+81783925088

医師名 Signature by doctor _____



THE WELLNESS CLINIC

