

COVID-19に関する検査証明 Certificate of Testing for COVID-19

交付年月日

Date of issue \*\*/11/2021

氏名

パスポート番号

Name Test Kanjya

Passport No. TK2248+++

国籍

生年月日

性別

Nationality Japan

Date of Birth \*\*/4/19\*\*

Sex Male

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 checked="" 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性 negative  <input type="checkbox"/> 陽性 positive	① Date <u>**/11/2021</u>  ② Date <u>**/11/2021</u>	

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

医療機関名 Name of Medical institution YAMAKITA CLINIC

住所 Address of the institution 1-12-19, Midorigaokahigashi3-jo, Asahikawa, Hokkaido, 078-8803 Japan

医師名 Signature by doctor Keisuke Yamakita