



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 _____ 生年月日
Date of Birth _____

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	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"/> 核酸増幅検査 (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence)	<input type="checkbox"/> 陰性 Negative	Date (yyyy /mm /dd) _____ / _____ / _____	
<input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液 ^{※2} Nasal Swab	<input type="checkbox"/> 抗原定量検査 ^{※1} Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input type="checkbox"/> 陽性 Positive →入国不可 No entry into Japan	Time AM/PM : _____	
<input type="checkbox"/> 唾液 Saliva				
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液と咽 頭ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and Oropharyngeal Swabs				

※ 1 抗原定性検査ではない。

Not a qualitative antigen test.

※ 2 鼻腔ぬぐい液検体は核酸増幅検査のみ有効

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test (NAAT) .

医療機関名 Name of Medical institution _____



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 _____ 生年月日
Date of Birth _____

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	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 checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence)	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性 Negative	Date (yyyy /mm /dd) <u>2022 / 6 / 1</u>	
<input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液 ^{※2} Nasal Swab	<input type="checkbox"/> 抗原定量検査 ^{※1} Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input type="checkbox"/> 陽性 Positive →入国不可 No entry into Japan	Time AM/PM <u>2:30</u>	
<input type="checkbox"/> 唾液 Saliva				
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液と咽 頭ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and Oropharyngeal Swabs				

※1 抗原定性検査ではない。

Not a qualitative antigen test.

※2 鼻腔ぬぐい液検体は核酸増幅検査のみ有効

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test (NAAT) .

医療機関名 Name of Medical institution _____