

COVID-19 に関する検査証明書

Certificate of Testing for COVID-19

住所 (Address) :
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、その結果は下記の通りである。
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	検査法 Testing for COVID-19	結果 Result	① 決定年月日 Result Date ② 検体採取日時 Sample Date	備考 Remarks
唾液 Saliva	核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR)	<input type="checkbox"/> 陰性 Negative <input type="checkbox"/> 陽性 Positive	① ②	

交付年月日 (Date of Issue) :

医師 (Signature by doctor) : _____ (印)

真木病院
〒370-0075
群馬県高崎市筑縄町 71-1

Maki Hospital
71-1 Tsukunawa, Takasaki,
Gunma, 370-0075, Japan