

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

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 \_\_\_\_\_  
連絡先 (中国) \_\_\_\_\_ (日本) \_\_\_\_\_  
Phone number (China) \_\_\_\_\_ (Japan) \_\_\_\_\_

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.

検査法 Testing for COVID-19	検査結果 Testing Result	検体採取日 Sample Date
核酸増幅検査 Real-time RT-PCR 法	陰性(negative) <input type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/>	
血清 IgM 抗体検査 Sera Specific IgM Detection	陰性(negative) <input type="checkbox"/> 陽性(positive) <input type="checkbox"/>	

医療機関名 (Medical institution) Medical corporation Kokokukai Ebisu Clinic

住所 (Address of the institution) \_\_\_\_\_

2F, Ebisu Neonart 4-1-18 Ebisu, Shibuya-ku, Tokyo-to 150-0013 Japan

電話 (Telephone number) +81-334403131

医師名 (Signature by doctor) \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日