

**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 \_\_\_\_\_ パスポート番号 \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Passport NO. \_\_\_\_\_

国籍 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_  
Nationality \_\_\_\_\_ 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.

検査法 Testing for COVIT-19	検査結果 Testing Result	検体採取日 Sample Date
拡散増幅検査法(唾液) Real time PCR for SARS-Cov-2 (Saliva)	陰性 (negative) <input type="checkbox"/> 陽性 (positive) <input type="checkbox"/>	_____

医療機関名 (Medical institution)     Katayama Pediatric Clinic    

住所 (Address of the institution)     763-19 Yamakita, Tsuyama-shi, Okayama, Prefecture, Japan  
708 - 0004    

電話 (Telephone number)     +81-868-24-1310    

医師名 (Signature by doctor)     医師名 M.D.