

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

Date of issue__
 交付年月日

氏名
 Name

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 for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①決定年月日 Result Date ②検体採取日時 Sampling Date and Time	備考 Remarks
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab <input checked="" 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"/> 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)	Negative 陰性	① 2021年1月11日 ② 2021年1月10日	

医療機関名 Medical institution 池袋なごみクリニック
 住所 Address of the institution 171-0022 東京都豊島区南池袋 2-27-4
青柳池袋駅前ビル7階
 医師名 Signature by doctor 吉澤 穰 治