

COVID-19 に関する検査証明書

Certificate of the examination for COVID-19

氏名 Name	_____		
生年月日 Date of birth	_____	性別 Gender	<input checked="" type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female <input type="checkbox"/> その他 Other
住所 Address	_____		
国籍 Nationality	_____	パスポート番号 Passport no.	_____
Covid-19 の検査結果は以下のとおりです。 The result of the examination for covid-19 is as follows.			
採取方法 Specimen sample	<input type="checkbox"/> 唾液検査 Saliva test	<input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal swab	
検査方法 Examination method	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (RT-LAMP 法) Nucleic acid amplification test (RT-LAMP)	
検査採取日時 Date & time of sampling	2020/04/01	10:05 AM	
結果確認日時 Date & time of result appeared	2020/04/01	12:10 PM	
検査結果 Result	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性 Negative	<input type="checkbox"/> 陽性 Positive	
上記のとおり証明いたします。 We certify this report as stated above.			
	発行日 Date of issue	: 2020/04/01	
	医師 Physician	: ***** , M.D., Ph.D.	_____
	Address	: 1-1-35, Nishijin, Sawara-Ku, Fukuoka-Shi, Fukuoka, Japan	
	Tel	: +81-92-821-4731	
	Fax	: +81-92-821-6449	
	Email	: ****@kinen.jp	



社会医療法人大成会 福岡記念病院

FUKUOKA KINEN HOSPITAL

TEL. 092-821-4731

〒814-8525 福岡市早良区西新1丁目1番35号