

新型コロナウイルスに関する検査陰性証明書

Certificate of Testing Negative for COVID-19

氏名 (Name):

生年月日 (Date of Birth):

住 所 (Address):

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、この証明書を交付する。

This is to certify the following results which have been confirmed by the RT-PCR method 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	備考 Remarks
			② 検体採取日時 Sample Date	
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) :

医師名 (Signature by doctor) :



渡辺内科クリニック

〒372-0818

群馬県伊勢崎市連取元町23-2

TEL 0270-21-9777

Watanabe Clinic of Internal Medicine

23-2 Tsunatori, Isesaki,

Gunma, 372-0818, Japan