

(患者 ID : XXXXXXXXXXXX)

検査結果証明書/Test Result Certificate

□氏名 :

Name :

□生年月日 : XXXX年XX月XX日

Date of Birth : DD/MM/YYYY

□旅券番号 :

Passport Number :

□検査実施日 : XXXX年XX月XX日

Date of Examination : DD/MM/YYYY

□検査結果 SARS-CoV-2 核酸同定検査 (唾液) : 陰性

Laboratory Result Real-time PCR test for SARS-CoV-2(Saliva Swab) : Negative

上記のとおり、検査結果を証明いたします。

It is herewith certified that the above result is confirmed.

作成日 :

Date of issue : DD/MM/YYYY

医師名 :

印

Physician's name :

M. D.

Signature

〒150-8935 東京都渋谷区広尾四丁目1番22号
4-1-22 Hiroo, Shibuya-ku, Tokyo 150-8935, Japan

日本赤十字社医療センター

Japanese Red Cross Medical Center

Phone : 03-3400-1311 (+81-3-3400-1311)

FAX : 03-3409-1604 (+81-3-3409-1604)