Department of Infectious Diseases, Hiroshima University Hospital

広島大学病院 感染症科 〒734-8551 広島市南区霞1丁目2-3

TEL&FAX: 082-257-1613

氏 名

1-2-3 Kasumi, Minamiku, Hiroshima 734-8551, Japan TEL&FAX: +81-82-257-1613

交付年月日

Date of issue O/O/O

An imprint of

a seal 印影

COVID-19 に関する検査証明

Certificate of Testing for COVID-19

パスポート番号

me 籍	生年月日	rt No. <u>O</u>	性別	
		-h () (
1770	SE , Date of Birt	minutes:		
	19 に関する検査を行っ	た結果、そ	この結果は下記のとわり	じめる。
って、この証明を多				
	the following results			
r COVID-19 conduc	ted with the sample t	taken from	n the above-mentioned	person
採取検体	検査法	結果	①決定年月日	備考
Sample	Testing for COVID-19	Result	Result Date	Remark
(下記いずれかをチ	(下記いずれかをチェック/		②検体採取日時	
エック/Check one of	Check one of the boxes		Sampling Date and Time	
the boxes below)	below)			
☑鼻咽頭ぬぐい液	☑核酸增幅検査(real	Negative	① 0/0/0	
Nasopharyngeal	time RT-PCR法)			
Swab	nucleic acid		2 0/0/0	
	amplification test		13:00 JST	
75	(real time RT-PCR)		(Japan Standard Time)	
□唾液 Saliva	□核酸増幅検査(LAMP			
	法)			
	nucleic acid			
	amplification test			
	(LAMP)			
	 □抗原定量検査			
	antigen test (CLEIA)			

本院は個人情報保護を徹底します

医療機関名 Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

医師名 Signature by doctor