

中国入国希望者専用表

请核对信息无误后即上传此证明原件(纸质版照片或 PDF 均可) 申请健康码, 并避免外出, 杜绝聚餐等“三密”行为, 严防感染。
個人情報をご確認の上、直ちにこの原本(写真または PDF ファイルの画像)をアップロードして健康コードを申請してください。検査後は外出や会食などの「3密」を避けてください。

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

交付年月日

Date of issue _____

氏名
Name _____

パスポート番号
Passport NO. _____

国籍
Nationality _____

生年月日
Date of Birth _____

性別
Sex _____

連絡先 (中国)
Phone number (China) _____

連絡先 (日本)
Phone number (Japan) _____

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.

検査項目 Testing Item	採取検体 Sample	検査法 Testing Method for COVID-19	検査結果 Result	検体採取日時 Specimen Collection Date and Time
核酸増幅検査	鼻咽頭拭い液	real-time (RT-) PCR 法	陰性 (negative) <input type="checkbox"/> 陽性 (positive) <input type="checkbox"/>	Date (yyyy/mm/dd) ____ / ____ / ____ Time (24h) _____

医療機関名 (Medical institution) Osaka Honmachi Medical Clinic

住所 (Address of the institution) Osaka, Osaka-shi, Chuo-ku, Azuchi-machi, 3-3-5,
Ikegami Building, #5F

電話 (Telephone number) 050-3161-5914

医師名 (Signature by doctor) (医師のサイン)

印影が
表示され
ます