

COVID-19 に関する PCR 検査陰性証明書
Certificate of negative PCR test result for COVID-19

Name:

Date of birth :

No. of passport:

医師 (XXXX) は、(対象者) が以下のとおり PCR 検査を受けたことを証明する（別添参照）。

I, Dr. XXXX hereby certify that Mr./Mrs./Ms. xxxxxxx took PCR test as below:
(See the attached)

結果 Result	陰性（検出なし） Negative (Not detected)
検体採取日時 Sampling Date and Time	□年△月▲日▽ : ▼ dd / mm / yyyy / aa:bb

2021年○月×日
DD, MM, 2021

（署名）（印）
(Signature) (Stamp)

（医師氏名）
Dr. XXXXXX
（病院名，住所）
Name of the Hospital, address