

健康証明書

Health Certificate

Name:

Date of birth :

No. of passport:

医師 (XXXX) は、○月×日現在、(対象者) には以下の症状がなく、航空機利用を含む旅行に適した健康状態であることを証明する。

I, Dr. XXXXX hereby certify that Mr./Mrs./Ms. xxxxxxxx is **not showing** the following symptoms and fit to travel/fly as of DD/MM:

- ✓ 熱 fever (○○.○°C)
- ✓ 咳 cough
- ✓ のどの痛み sore throat
- ✓ くしゃみ sneeze
- ✓ 呼吸困難 shortness of breath

2020年○月×日

DD, MM, 2020

(署名) (印)
(Signature) (Stamp)

(医師氏名)

Dr. XXXXXX

(病院名, 住所)

Name of the Hospital, address