

Date/年月日 :

## Certificate of test for SARS-CoV-2/新型コロナウイルス検査結果証明書

Name 名前 :

Passport number パスポート番号 :

Gender 性別 :

Birthday 生年月日 : &tagPatBirth&

Laboratory result (examined on 日 / 月 / 年 ) 検査結果 (検査日) : 年 月 日

Type of testing: PCR for SARS-CoV-2 (PCR 検査)

Result 結果 : Negative 陰性 / (Not detected 感知できず)

This is to certify that these statements are accurate and come from our medical records.

Issued date/書類作成日 : Date/年月日 :

Physician's name / 医師名 Shigeru Tsuchida M.D.

Signature ; \_\_\_\_\_



医療法人社団 土田病院 Tsuchida Hospital

〒:064-0921 北海道札幌市中央区南 21 条西 9 丁目 2 - 1 1

Phone :011-531-7013 FAX : 011-531-6813

Zip: 064-0921

2-11, South 21 West 9, Chuo-ku, Sapporo City, Hokkaido, Japan

Phone:+81-11-531-7013 FAX:+81-11-531-6813