

- 当該証明書は、検査結果が陰性の場合のみ発行いたします。
- 海外出国を目的に当該証明書を使用する場合は、出国先が指定する記載項目に適合しているかどうか、事前にご確認ください。
- ※ 当協会では、陰性証明書に関連するトラブルに対して一切の責任を負いかねますので、ご了承ください。
- ご希望により、指定様式への結果等記入にも対応いたしますので、検査お申込み時にお伝えください（様式は受検者をご用意のうえ、検査当日にお渡しください。）。

[Sample]

Certificate of Testing for COVID-19

※交付年月日	Date of issue (yyyy/mm/dd)	yyyy/mm/dd
※氏名	Name	
※パスポート番号	Passport No.	※ 検査当日にパスポート（写し）をご提供いただける場合は記入いたします。
※国籍	Nationality	※ 検査当日にパスポート（写し）をご提供いただける場合は記入いたします。
※生年月日	Date of Birth (yyyy/mm/dd)	yyyy/mm/dd
※性別	Sex	M（男性の場合） or F（女性の場合）
※採取検体	Sample	Saliva
※検査法	Testing Method for COVID-19	Nucleic acid amplification test（RT-PCR）
※結果	Result	Negative
※結果判明日	Test Result Date (yyyy/mm/dd)	yyyy/mm/dd
※検体採取日時	Specimen Collection Date (yyyy/mm/dd) and Time	yyyy/mm/dd AM or PM ●● : ●●

Public Interest Incorporated Foundation
Ibaraki Health Service Association
 Kasahara-cho 489-5 Mito-shi, IBARAKI, JAPAN
 Chairman Nagata Hiroshi (doctor)