

(ID:XXXXXXXXXX)

COVID-19 に関する検査証明書

患者氏名: XXXXXXXX

生年月日: YYYY 年 MM 月 DD 日

パスポート番号: XXXXXXXX

COVID-19 に関する検査を行った結果は下記の通りである。

検査実施日: YYYY 年 MM 月 DD 日

結果判定日: YYYY 年 MM 月 DD 日

検体: 唾液

検査法: PCR 法

結果: 陰性

上記の通り報告いたします。

YYYY 年 MM 月 DD 日

医療法人社団 新東京石心会 さいわい鶴見病院
〒230-0062 神奈川県横浜市鶴見区豊岡町 21-1
TEL:045-581-6791 FAX:045-581-9019

医師:

印