会長		担当理事		会計	

事　務　連　絡
令和３年12月21日

郡市医師会事務（局）長　　殿

埼玉県医師会業務Ｉ課
（担当常任理事　丸木　雄一）

新型コロナウイルス感染症に係る陰性証明書の発行について

標記のことについては、過日の郡市会長協議会においてもお話ししておりますが、飛行機への搭乗等、さまざまな場合において必要となります。

ついては、貴会において、陰性証明書をお書きいただける医療機関を数件、把握していただき、県民から問い合わせがありました際には、ご紹介等ご協力いただけますようお願いします。

担　当：業務Ｉ課　石田
ＴＥＬ：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５

埼玉県医師会
収受
3.12.21
第 1028 号

Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japanese Government

COVID-19 に関する検査証明
Certificate of Testing for COVID-19

交付年月日
Date of issue_____

氏　名　　パスポート番号
Name _____, Passport No. _____,
国籍　　生年月日　　性別
Nationality_____, Date of Birth_____, Sex_____

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。
よって、この証明を交付する。
This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

採取検体 Sample (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	検査法 Testing Method for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time	備考 Remarks
☐鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ☐唾液　Saliva ☐鼻咽頭ぬぐい液と咽頭ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	☐核酸増幅検査（RT-PCR 法） Nucleic acid amplification test (RT-PCR) ☐核酸増幅検査（LAMP 法） Nucleic acid amplification test (LAMP) ☐核酸増幅検査（TMA 法） Nucleic acid amplification test (TMA) ☐核酸増幅検査（TRC 法） Nucleic acid amplification test (TRC) ☐核酸増幅検査（Smart Amp 法） Nucleic acid amplification test (Smart Amp) ☐核酸増幅検査（NEAR 法） Nucleic acid amplification test (NEAR) ☐次世代シーケンス法 Next generation sequence ☐抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA)	☐陰性 Negative ☐陽性 Positive →入国不可 No entry into Japan	① Date(yyyy /mm /dd) ____/ /____ ② Date(yyyy /mm /dd) ____/ /____ Time AM/PM　:_____	

＊抗原定性検査ではない。
Not a qualitative antigen test.

医療機関名　Name of Medical institution _____

住所　Address of the institution _____

医師名　Signature by doctor _____

印影
An imprint of a seal

Sample

Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Japanese Government

COVID-19 に関する検査証明
Certificate of Testing for COVID-19

交付年月日
Date of issue_____

氏　名　　パスポート番号
Name _____, Passport No. _____,
国籍　　生年月日　　性別
Nationality_____, Date of Birth_____, Sex_____

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。よって、この証明を交付する。
This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

採取検体 Sample （下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	検査法 Testing Method for COVID-19 （下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①結果判明日 Test Result Date ②検体採取日時 Specimen Collection Date and Time	備考 Remarks
☑鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ☐唾液　Saliva ☐鼻咽頭ぬぐい液と咽頭ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	☐核酸増幅検査（RT-PCR 法） Nucleic acid amplification test (RT-PCR) ☑核酸増幅検査（LAMP 法） Nucleic acid amplification test (LAMP) ☐核酸増幅検査（TMA 法） Nucleic acid amplification test (TMA) ☐核酸増幅検査（TRC 法） Nucleic acid amplification test (TRC) ☐核酸増幅検査（Smart Amp 法） Nucleic acid amplification test (Smart Amp) ☐核酸増幅検査（NEAR 法） Nucleic acid amplification test (NEAR) ☐次世代シーケンス法 Next generation sequence ☐抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLEIA)	☑陰性 Negative ☐陽性 Positive →入国不可 No entry into Japan	① Date(yyyy /mm /dd) 2021 / 4 /2 ② Date(yyyy /mm /dd) 2021 / 4 /1 Time AM (PM) 2 :30	

＊抗原定性検査ではない。
Not a qualitative antigen test.

医療機関名　Name of Medical institution _____

住所　Address of the institution _____

医師名　Signature by doctor _____

印影
An imprint of a seal