

医療機関における検査証明書の添付なきものは無効

如未附上医疗机构交付的证明原件，则申报无效

Those without original certification issued from a medical institute are invalid

検査申告書／検査申报书／Declaration of pre-entry testing result

氏名/姓名/Name	英文 / English	
	和文 or 中文	
パスポート番号/护照号码/Passport No.		
国籍/Nationality		
生年月日/Date of Birth		
性別/Sex		☐ 男/Male ☐ 女/Female
採取検体/样本类型/Sample		☐ 鼻咽頭ぬぐい液/鼻咽拭子 Nasopharyngeal Swab ☐ 唾液/Saliva
検査法/Testing for COVID-19		☐ 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) / Nucleic acid amplification test (real time 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 / 下一代测序 / Next generation sequence ☐ 抗原定量検査 Quantitative antigen test (CLEIA)※ ※抗原定性検査ではない/并非抗原定量检查/Not a qualitative antigen test.
検査結果/Result		陰性 / 阴性 / Negative
結果判明日/采样结果确定时间/Test Result Date		/ / :
検体採取日時/采样时间 Specimen Collection Date and Time		/ / :
交付年月日/Date of issue		/ /
医療機関名/医疗机构名称/Medical institution		
医療機関住所/医疗机构地址/ Address of the institution		
上記記載及び別添の検査証明書のとおり、中華人民共和国の認可された医療機関において COVID-19 の陰性証明を受けた旨申告します。 如上述记载及附件的检查证明所示，特此申报本人已取得中华人民共和国认可的医疗机构签发的 COVID-19 阴性检查证明。 As indicated above and in the attached test certificate, I declare that I have received a negative test result of COVID-19 from an authorized medical institution in the People's Republic of China.		
記入年月日/填表日期/Date of Declaration: / / 署名 Signature		