

**医療機関における検査証明書の添付なきものは無効**

**如没有附上医疗机构交付的证明原件，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/Gender	<input type="checkbox"/> 男/Male <input type="checkbox"/> 女/Female	
採取検体/样本类型/Sample	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液/鼻咽拭子 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 唾液/Salvia	
検査法/Testing for COVID-19	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) nucleic acid amplification test <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 quantitative antigen test (CLEIA)	
検査結果/Result	陰性 / 阴性 / Negative	
決定年月日/采样结果确定时间/Result Date	/ / :	
検体採取日時/采样时间 Sampling 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		
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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.</p>		
記入年月日/填表日期/Date of Declaration:      /      /		
署名 Signature:		

