



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
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 唾液 Saliva <input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液と咽頭 ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT- PCR) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence <input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA/ECLIA)	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性 Negative <input type="checkbox"/> 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 Hadassah Medical Center Ein Kerem

住所 Address of the institution Kalman Ya'skov Man St., Jerusalem, Israel

医師名 Signature by doctor _____

印影
An imprint of a
seal



EXAMPLE

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

Put the date shown at the upper-left margin of the original HMCEK certificate.

For those who undergo COVID-19 test at Hadassah Medical Center Ein Kerem(HMCEK):

Ask for doctor's signature and HMCEK stamp only after you receive the original certificate by HMCEK.

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 _____

Fill in by yourself.

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
<input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab	<input checked="" type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (RT-PCR 法) Nucleic acid amplification test (RT-PCR)	<input checked="" type="checkbox"/> 陰性 Negative	① Date (yyyy /mm /dd) ____/____/____	
<input type="checkbox"/> 唾液 Saliva	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (LAMP 法) Nucleic acid amplification test (LAMP)	<input type="checkbox"/> 陽性 Positive → 入国不可 No entry into Japan	② Date (yyyy /mm /dd) ____/____/____	
<input checked="" type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液と咽頭ぬぐい液の混合 Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TMA 法) Nucleic acid amplification test (TMA)		Time AM/PM : ____:____	
	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (TRC 法) Nucleic acid amplification test (TRC)			
	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (Smart Amp 法) Nucleic acid amplification test (Smart Amp)			
	<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NEAR 法) Nucleic acid amplification test (NEAR)			
	<input type="checkbox"/> 次世代シーケンス法 Next generation sequence			
	<input type="checkbox"/> 抗原定量検査* Quantitative antigen test* (CLEIA)			

Put the date shown at the upper-left margin of the original HMCEK certificate.

Fill in the specimen collection date and time as indicated in the original HMCEK certificate.

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

医療機関名 Name of Medical institution Hadassah Medical Center Ein Kerem

住所 Address of the institution Kalman Ya'akov Man St, Jerusalem, Israel

医師名 Signature by doctor _____

印影
An imprint of a seal

Get doctor's signature and HMCEK stamp.