

厚生労働省所定フォーマットの記載例

①～⑧全てに検査機関での記載が必要です。記載漏れがあると航空機にご搭乗いただけません。証明書を受け取りましたらその場で記載漏れ、記載ミスがないか確認し、必要に応じ再発行を依頼してください。
二重線や修正液での訂正や鉛筆書きは不可です。

1 交付年月日 当証明書の発行日	5 結果 陰性であること
2 人定情報記入欄 パスポート番号、国籍等、検査機関の記載漏れがある項目は、旅客自身の直筆でも可	6 結果判明日 検査結果が判明した日
3 採取検体 採取検体はリスト内のいずれか一つをチェック 他の採取検体は認められません	7 検体採取日時 出発予定時刻前の72時間以内に検査を受ける必要がある (例) 5/29 13時30分発 フランクフルト-羽田便の場合は、5/26 13時30分(ドイツ時間)以降に検査を受ける必要あり
4 検査法 検査法はリスト内の8種のみ 他の検査法は認められません いずれか一つをチェック	8 検査機関情報 医療機関住所と医師の署名 又は、医療機関印影が必要

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

1 交付年月日
Date of issue 2021/ 5/ 28

2 氏名 Sorano Taro パスポート番号 XXXXXXXX
Name 国籍 Japan 生年月日 XXXXX/XX/XX 性別 Male
Nationality Date of Birth YYYY/MM/DD, Sex

3 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、この結果を交付する。
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.

4 検査法
検査法はリスト内の8種のみ
他の検査法は認められません
いずれか一つをチェック

5 結果
陰性
Negative
陽性
Positive
→入国不可
No entry into Japan

6 ①結果判明日
Test Result Date
2021/ 5/ 28
②検体採取日時
Specimen Collection Date and Time
2021/ 5/ 27
Time AM/PM 12:00 (CSD)

7 検査機関住所と医師の署名
又は、医療機関印影が必要

8 医療機関名 Name of Medical institution O'hare Medical Center
住所 Address of the institution 1234 O'hare Dr. Chicago IL, 123456
医師名 Signature by doctor Dr. O'hare
印影
An imprint of a seal