

# COVID-19 に関する検査証明

交付年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

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。

採取検体	検査法	結果	検体採取日時
唾液	核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法)	陰性	年 月 日 時

医療機関名 浜松医療センター

住 所 浜松市中区富塚町 3 2 8 番地

医 師 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_