

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	
交付年月日/Date of issue		/ /
生年月日/Date of Birth		
採取検体/样本类型/Sample		<input type="checkbox"/> 鼻咽喉頭ぬぐい液/鼻咽拭子/Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> 鼻腔ぬぐい液/鼻拭子/Nasal swab ※ <input type="checkbox"/> 唾液/Saliva <input type="checkbox"/> 鼻咽喉頭ぬぐい液と咽喉頭ぬぐい液の混合/鼻咽拭子和口咽拭子的混合/Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs ※鼻腔ぬぐい液は拡散増幅検査のみ有効/鼻拭子只限于核酸增幅检测有效/Nasal Swab is valid only when the test method is Nucleic acid amplification test
検査法/Testing for COVID-19		<input type="checkbox"/> 核酸増幅検査 (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence) <input type="checkbox"/> 抗原定量検査 Quantitative antigen test (CLEIA/ECLEIA) ※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		<input type="checkbox"/> 陰性 / 阴性 / Negative <input type="checkbox"/> 陽性 / 阳性 / Positive → 入国不可/不可入境/No entry into Japan
検体採取日時/采样时间 Specimen Collection Date and Time		Date (yyyy /mm /dd) _____ / _____ / _____ Time <u>AM/PM</u> _____ : _____
医療機関名/医疗机构名称/Medical institution		
備考/备注/Remarks		
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