

証 明 書

氏 名 : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 性別 : 男性・女性

上記の者、 _____ 年 _____ 月 _____ 日に新型コロナウイルス検査
(抗原検査 ・ P C R検査 ・ 抗体価検査) を施行、
その結果下記であったことを証明します。

検 査 結 果

抗原検査	陰性 ・ 陽性
P C R検査	陰性 ・ 陽性
IgM 抗体価検査	陰性 ・ 陽性 AU/mL
IgG 抗体価検査	陰性 ・ 陽性 AU/mL

_____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名 _____

所在地 _____

証明医師名 _____ 印