

# 新型コロナウイルス陰性証明書

作成日/発行日

年 月 日

受診者氏名 ; \_\_\_\_\_  
性別 ; M ・ F  
生年月日 ; 年 月 日

## ●検査結果

検査日 ; 年 月 日  
検査方法 ; PCR(リアルタイム RT-PCR)法  
検査キット名 ; \_\_\_\_\_  
検査機器名 ; \_\_\_\_\_  
検査委託会社 ; \_\_\_\_\_  
検査結果 ; 陰性 (感染していない)  
体温 ; °C

## ●診察所見

特記無し

新型コロナウイルスの検査結果は、上記のとおりであることを証明する。

陰性証明承認者 ; \_\_\_\_\_

●●歯科医院

〒123-4567

住所

TEL & FAX ●●●●●●●●●●

東京 TM クリニック

〒151-0053

東京都渋谷区代々木 3-46-16

小野木ビル 305 号室

TEL:03-6276-6042