

## COVID-19に関する検査証明書

氏名：

生年月日：

住所：

COVI-19に関する検査をおこなった検査結果は下記の通りである。

検体：唾液

検査法：RT-PCR 法

検体採取日： 年 月 日

結果：陰性

以下余白

上記の通り報告いたします。

年 月 日

〒482-0031

愛知県岩倉市八劔町六反田 17-1

医療法人やくも会 いのうえ耳鼻咽喉科

医師 井上 伸 印