

COVID-19 に関する検査証明書

住 所

氏 名

生年月日

COVID-19 に関する検査を行った結果は下記の通りである。

検体:

検査法:RT-PCR 法

検体採取日:

検査結果判明日:

結果:陰性

以下余白

上記の通り報告致します。

年 月 日

〒350-1332 埼玉県狭山市下奥富 1221

医療法人社団清心会至聖病院

医師

印