

新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)検査証明書

患者ID _____
氏名 _____ 様 性別 _____
生年月日 _____
現住所 _____
検査実施日 _____
検体採取時間 _____

検査結果

陰性(Negative)

※上記結果は、検体採取時点の検査結果です。

採取検体 鼻咽喉ぬぐい液
検査法 RT-PCR法
検査機器 スマートジーン® (株式会社ミズホメディー)

上記のとおり相違ない事を証明します。

令和 年 月 日



〒041-8680
北海道函館市港町1丁目10番1号
市立函館病院
院長 森下 清文 印