

# 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

鼻咽頭ぬぐい液

検査法

RT-PCR法

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

