

ID \_\_\_\_\_

## 新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）PCR 検査結果証明書

- ◇ 患者氏名 :  
◇ 生年月日 :           年       月       日生  
◇ パスポート番号 :  
◇ 検査日 :           年       月       日  
◇ 検査確認日 :       年       月       日  
◇ 検査結果:

上記のとおり証明いたします。

令和       年       月       日

住       所   〒962-8503 福島県須賀川市北町 20 番地

医療機関   医療機関名   公立岩瀬病院

医 師 名   \_\_\_\_\_ 印