

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