

新型コロナウイルスに関する検査証明書

交付年月日：2021年9月1日

氏名

性別

生年月日 年 月 日

検査日 年 月 日

新型コロナウイルスに関する検査を行った結果は下記のとおりである。

採取検体	検査法	結果
唾液	核酸増幅検査 TRC法	陰性

診察所見 特記なし

医療機関名 社会医療法人 阪南医療福祉センター 阪南中央病院

住所 〒580-0023
大阪府松原市南新町3丁目3-28

医師名

印