

# 新型コロナウイルス陰性証明書

発行日 年 月 日

氏 名 : \_\_\_\_\_

性 別 : \_\_\_\_\_

生年月日 : \_\_\_\_\_

## 【検査結果】

検査日 : 年 月 日

検査方法 : RT-PCR 法

検 体 : 唾液

検査結果 : 陰 性

体 温 : \_\_\_\_\_℃

新型コロナウイルスの検査結果は、上記の通りであることを  
証明します。

〒689-0203

鳥取県鳥取市三津 876 番地

電話 : 0857 - 59 - 1111

独立行政法人

国立病院機構鳥取医療センター

院 長 井 上 一 彦

\*押印がない場合、本証明書は無効です。  
\*修正がある場合、本証明書は無効です。