〇〇〇〇ウイルス（xxxxx-xx）

**抗原検査結果証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.　検査対象者** | |
| 氏　名： |  |
| 性　別： |  |
| 生年月日： |  |
|  |  |
| **2.　検査方法** | |
| 検査日： |  |
| 検査方法： |  |
| 検査機関： |  |
|  |  |
| **3.　検査結果** | |
| 検査結果： |  |
| 所　見： |  |
|  |  |

検査結果が上記の通りであることを証明します。

年　　月　　日

|  |
| --- |
| ●●●クリニック |
| 住所：〒 |
| TEL： |