

証 明 書

住 所 : _____

氏 名 : _____

生年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日生 (歳)

_____ 年 _____ 月 _____ 日に行った新型コロナウイルス PCR 検査の結果は陰性でした。

上 記 の 通 り 証 明 し ま す 。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

東京都渋谷区 宇田川町 20-17 NMF 渋谷公園通りビル 5F

医社) MYメディカル MY メディカルクリニック

TEL 03-4579-9011

医師 ユーザー 印