



پهلشاهه

Persian

گواهه تست كووید-19
Certificate of Testing for COVID-19

تاریخ صدور

Date of issue _____

نام و نام خانوادگی

Name _____

تاریخ تولد

Date of Birth _____

گواهه می گردد كه نتایج زیر با انجام تست كووید-19 روی نمونه گرفته شده از فرد فوق الذکر تایید شده است.

This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

نمونه Sample یکی از گزینه های زیر را انتخاب (نمایش/Check one of the boxes below)	روش تست برای كووید-19 Testing Method for COVID-19 (یکی از گزینه های زیر را انتخاب نمایید) (Check one of the boxes below)	نتیجه Result	تاریخ و ساعت نمونه برداری Specimen Collection Date and Time	ملاحظات Remarks
<input type="checkbox"/> سواب بینی و حلق Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> سواب بینی ※2 Nasal swabs <input type="checkbox"/> بزاق Saliva <input type="checkbox"/> سواب های بینی و حلق، و حلقی دهانی Nasopharyngeal and Oropharyngeal Swabs	<input type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک Nucleic acid amplification test (NAAT : PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence (توالی یابی نسل (جدید) <input type="checkbox"/> آزمایش کمی آنتی ژن Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input type="checkbox"/> منفی Negative <input type="checkbox"/> مثبت Positive → عدم ورود به ژاپن No entry into Japan	(روز / ماه / سال) تاریخ Date (yyyy /mm /dd) _____ / _____ / _____ بعد از ظهر / قبل از ظهر ساعت Time AM/PM : _____	

آزمایش کیفی آنتی ژن نیست ※1

Not a qualitative antigen test.

سواب بینی زمانی معتبر است كه روش آزمایش، تست تقویت اسید نوکلئیک باشد. ※2

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test. (NAA)

نام موسسه پزشکی Name of Medical institution _____



ペルシャ語

Persian

گواهی تست کووید-19
Certificate of Testing for COVID-19

تاریخ صدور
Date of issue _____

نام و نام خانوادگی
Name _____

تاریخ تولد
Date of Birth _____

گواهی می گردد که نتایج زیر با انجام تست کووید-19 روی نمونه گرفته شده از فرد فوق الذکر تایید شده است.

This is to certify the following results which have been confirmed by testing for COVID-19 conducted with the sample taken from the above-mentioned person.

نمونه Sample یکی از گزینه های زیر را انتخاب (نمایید/Check one of the boxes below)	روش تست برای کووید-19 Testing Method for COVID-19 (Check one of the boxes below)	نتیجه Result	تاریخ و ساعت نمونه برداری Specimen Collection Date and Time	ملاحظات Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> سواب بینی و حلق Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> سواب بینی ※2 Nasal swabs <input type="checkbox"/> بزاق Saliva <input type="checkbox"/> سواب های بینی و حلق، و حلقی دهانی Nasopharyngeal and Oropharyngeal Swabs	<input checked="" type="checkbox"/> تست تقویت اسید نوکلئیک (Nucleic acid amplification test (NAAT : PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence (توالی یابی) (نسل جدید) <input type="checkbox"/> آزمایش کمی آنتی ژن Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input checked="" type="checkbox"/> منفی Negative <input type="checkbox"/> مثبت Positive → عدم ورود به ژاپن No entry into Japan	(روز / ماه / سال) تاریخ Date (yyyy /mm /dd) <u>2022 / 6 / 1</u> بعد از ظهر / قبل از ظهر ساعت Time AM/PM <u>2 : 3 0</u>	

※1 آزمایش کیفی آنتی ژن نیست

Not a qualitative antigen test.

سواب بینی زمانی معتبر است که روش آزمایش، تست تقویت اسید نوکلئیک باشد. ※2

Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test. (NAAT)

نام موسسه پزشکی Name of Medical institution _____