



Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Government of Japan

オランダ語
Dutch

COVID-19 Testverklaring/
Certificate of Testing for COVID-19

Afgiftedatum/
Date of Issue _____

Volledige Naam/
Name _____

Geboortedatum/
Date of Birth _____

Hierbij bevestig ik onderstaande resultaten naar aanleiding van een COVID -19 test afgenomen door middel van een monster bij bovenstaand persoon./
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.

Monster/Sample (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/ Check one of the boxes below)	Testmethode op COVID-19/ Testing Method for COVID-19 (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/Check one of the boxes below)	Uitslag/ Result	Monster afname datum en tijd/ Specimen Collection Date and Time	Opmerkingen/ Remarks
<input type="checkbox"/> Nasopharynx uitstrijkje/ Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Neus uitstrijkje ※2/ Nasal Swab <input type="checkbox"/> Speeksel/ Saliva <input type="checkbox"/> Nasopharynx- en oropharynx uitstrijkjes/ Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Volgende generatie sequentie)/ Nucleic acid amplification test (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence) <input type="checkbox"/> Kwantitatieve Antigeen test ※1 (CLEIA/ECLIA)/ Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input type="checkbox"/> Negatief/ Negative <input type="checkbox"/> Positief →Geen Toegang tot Japan/ Positive →No entry into Japan	Datum(jjjj/mm/dd)/ Date (yyyy/mm/dd) ____ / ____ / ____ Tijd/ _ Time AM/PM : ____	

※1. Geen kwalitatieve antigeen test./Not a qualitative antigen test.
 ※2. Neus uitstrijkje is geldig wanneer de nucleïnezuur amplificatie test methode (NAAT) is gebruikt./Nasal swab is valid when the test methode is Nucleic acid amplification test (NAAT).

Naam van geneeskundige instelling/Name of Medical institution _____



Quarantine Station,
Ministry of Health, Labour and Welfare, Government of Japan

Sample

オランダ語

Dutch

COVID-19 Testverklaring/
Certificate of Testing for COVID-19

Afgiftedatum/

Date of Issue _____

Volledige Naam/

Name _____

Geboortedatum/

Date of Birth _____

Hierbij bevestig ik onderstaande resultaten naar aanleiding van een COVID -19 test afgenomen door middel van een monster bij bovenstaand persoon./

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.

Monster/Sample (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/ Check one of the boxes below)	Testmethode op COVID-19/ Testing Method for COVID-19 (Markeer een van onderstaande mogelijkheden/Check one of the boxes below)	Uitslag/ Result	Monster afname datum en tijd/ Specimen Collection Date and Time	Opmerkingen/ Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> Nasopharynx uitstrijkje/ Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> Neus uitstrijkje ※2/ Nasal Swab <input type="checkbox"/> Speeksel/ Saliva <input type="checkbox"/> Nasopharynx- en oropharynx uitstrijkjes/ Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input checked="" type="checkbox"/> Nucleïnezuur amplificatie test (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Volgende generatie sequentie)/ Nucleic acid amplification test (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence) <input type="checkbox"/> Kwantitatieve Antigeen test ※1 (CLEIA/ECLIA)/ Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Negatief/ Negative <input type="checkbox"/> Positief → Geen Toegang tot Japan/ Positive → No entry into Japan	Datum(jjjj/mm/dd)/ Date (yyyy/mm/dd) <u>2022/ 6 / 1</u> Tijd/ Time <u>AM</u> (PM) <u>2:30</u>	

※1. Geen kwalitatieve antigeen test./Not a qualitative antigen test.

※2. Neus uitstrijkje is geldig wanneer de nucleïnezuur amplificatie test methode (NAAT) is gebruikt./Nasal swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test (NAAT).

Naam van geneeskundige instelling/Name of Medical institution _____