



イタリア語
Italiano

Certificato di test per COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Data di emissione

Date of issue _____

Nome e Cognome

Name _____

Data di nascita

Date of Birth _____

Si certificano i seguenti risultati, confermati dal test per COVID-19 effettuato con il campione prelevato dalla persona summenzionata.

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.

Campione <i>Sample</i> (Selezionare una delle caselle sottostanti <i>/Check one of the boxes below</i>)	Metodo di test per COVID-19 <i>Testing Method for COVID-19</i> (Selezionare una delle caselle sottostanti <i>/Check one of the boxes below</i>)	Risultato <i>Result</i>	Data e ora del prelievo del campione <i>Specimen Collection Date and Time</i>	Osservazioni <i>Remarks</i>
<input type="checkbox"/> tampone nasofaringeo <i>Nasopharyngeal Swab</i>	<input type="checkbox"/> test di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence) <i>Nucleic acid amplification test</i> (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence)	<input type="checkbox"/> Negativo <i>Negative</i>	Data (anno/mese/giorno) Date (yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____	
<input type="checkbox"/> tampone nasale*2 <i>Nasal Swab</i>			Ora Time AM/PM : ____	
<input type="checkbox"/> Saliva <i>Saliva</i>	<input type="checkbox"/> test antigenico quantitativo*1 (CLEIA/ECLIA) <i>Quantitative antigen test</i> (CLEIA/ECLIA)	<input type="checkbox"/> Positivo <i>Positive</i> → Ingresso in Giappone respinto <i>No entry into Japan</i>		
<input type="checkbox"/> tampone nasofaringeo e orofaringeo <i>Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs</i>				

*1 Non è un test antigenico qualitativo. / Not a qualitative antigen test.

*2 Il tampone nasale è valido solo se viene utilizzato il metodo del test di amplificazione dell'acido nucleico.
Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test.

Nome dell'istituto medico / Name of Medical institution _____



イタリア語
Italiano

Certificato di test per COVID-19
Certificate of Testing for COVID-19

Sample

Data di emissione

Date of issue _____

Nome e Cognome

Name _____

Data di nascita

Date of Birth _____

Si certificano i seguenti risultati, confermati dal test per COVID-19 effettuato con il campione prelevato dalla persona summenzionata.

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.

Campione Sample (Selezionare una delle caselle sottostanti /Check one of the boxes below)	Metodo di test per COVID-19 Testing Method for COVID-19 (Selezionare una delle caselle sottostanti /Check one of the boxes below)	Risultato Result	Data e ora del prelievo del campione Specimen Collection Date and Time	Osservazioni Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> tampone nasofaringeo Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> tampone nasale*2 Nasal Swab <input type="checkbox"/> Saliva Saliva <input type="checkbox"/> tampone nasofaringeo e orofaringeo Nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	<input checked="" type="checkbox"/> test di amplificazione dell'acido nucleico (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence) Nucleic acid amplification test (NAAT: PCR, LAMP, TMA, TRC, Smart Amp, NEAR, Next generation sequence) <input type="checkbox"/> test antigenico quantitativo*1 (CLEIA/ECLIA) Quantitative antigen test (CLEIA/ECLIA)	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo Negative <input type="checkbox"/> Positivo Positive → Ingresso in Giappone respinto No entry into Japan	Data (anno/mese/giorno) Date (yyyy /mm /dd) <u>2022 / 6 / 1</u> Ora Time AM (PM) <u>2 :30</u>	

*1 Non è un test antigenico qualitativo. / Not a qualitative antigen test.

*2 Il tampone nasale è valido solo se viene utilizzato il metodo del test di amplificazione dell'acido nucleico.
Nasal Swab is valid when the test method is Nucleic acid amplification test.

Nome dell'istituto medico / Name of Medical institution _____