



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

Certificate of Testing for COVID-19
ใบรับรองผลการทดสอบโควิด19

タイ語

Thai

Date of issue _____
วันที่ออกหนังสือ

Name _____ Passport No. _____
ชื่อ-นามสกุล หมายเลขหนังสือเดินทาง
Nationality _____ Date of Birth _____ Gender _____
สัญชาติ วันเกิด เพศ

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.
หนังสือฉบับนี้รับรองว่าผลการทดสอบข้างล่างเป็นผลการทดสอบโควิด19 ของตัวอย่างที่ได้มาจากบุคคลข้างบน

การเก็บตัวอย่าง Sample (Check one of the boxes below)	วิธีทดสอบ Testing Method for COVID-19 (Check one of the boxes below)	ผลลัพธ์ Result	①วันที่ผลออก Test Result Date ②วันที่เก็บตัวอย่าง Specimen Collection Date and Time	เพิ่มเติม Remarks
<input type="checkbox"/> สารคัดหลั่งบริเวณ หลังโพรงจมูก Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> น้ำลาย Saliva	<input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> เทคนิควิเคราะห์ลำดับเบสรุ่นใหม่ (NGS) Next generation sequence <input type="checkbox"/> การทดสอบหาปริมาณแอนติเจน* Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ Negative <input type="checkbox"/> พบเชื้อ Positive No entry into Japan ห้ามเดินทางเข้า ประเทศญี่ปุ่น	① Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ ② Date(yyyy /mm /dd) ____ / ____ / ____ Time AM/PM : ____ : ____	

* ไม่ใช้การทดสอบคุณภาพแอนติเจน
Not a qualitative antigen test.

Name of Medical institution _____
ชื่อสถาบันการแพทย์
Address of the institution _____
ที่อยู่สถาบันฯ
Signature by doctor _____
ลายเซ็นแพทย์

ตราประทับ
An imprint of a
seal



タイ語
Thai

Certificate of Testing for COVID-19

Date of issue _____

Name _____, Passport No. _____

Nationality _____, Date of Birth _____, Gender _____

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.

การเก็บตัวอย่าง Sample (Check one of the boxes below)	วิธีทดสอบ Testing Method for COVID-19 (Check one of the boxes below)	ผลลัพธ์ Result	① วันที่ผลออก Test Result Date ② วันที่เก็บตัวอย่าง Specimen Collection Date and Time	เพิ่มเติม Remarks
<input checked="" type="checkbox"/> สารคัดหลั่งบริเวณ หลังโพรงจมูก Nasopharyngeal Swab <input type="checkbox"/> น้ำลาย Saliva	<input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี RT-PCR) Nucleic acid amplification test (RT-PCR) <input checked="" type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี LAMP) Nucleic acid amplification test (LAMP) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี TMA) Nucleic acid amplification test (TMA) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี TRC) Nucleic acid amplification test (TRC) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี Smart Amp) Nucleic acid amplification test (Smart Amp) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (วิธี NEAR) Nucleic acid amplification test (NEAR) <input type="checkbox"/> การทดสอบการขยายของกรดนิวคลีอิก (NGS) Next generation sequence <input type="checkbox"/> การทดสอบหาปริมาณแอนติเจน* Quantitative antigen test* (CLEIA)	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่พบเชื้อ Negative <input type="checkbox"/> พบเชื้อ Positive No entry into Japan ห้ามเดินทางเข้า ประเทศญี่ปุ่น	① Date(yyyy /mm /dd) 2021/03/07 ② Date(yyyy /mm /dd) 2021/03/06 Time PM 13 : 00 :	

* ไม่ใช้การทดสอบคุณภาพแอนติเจน

Not a qualitative antigen test.

Name of Medical institution _____

Address of the institution _____

Signature by doctor _____

ตราประทับ
An imprint of a
seal