

State of Hawai'i

Certificate of Testing for COVID-19

하와이 주 COVID-19 감염증 검사 결과 증명서

Date of Issue MM/DD/YYYY

(발급일자)

Name

(성) Family Name

(이름) First Name

Middle Name

Nationality

(국적)

Date of Birth

(생년월일)

Passport No

(여권번호

Address

(주소)

This is to certify the following result which have been confirmed

by RT-PCR test negative for COVID-19

conducted with the sample taken from the above mentioned person

상기 신청인으로부터 채취한 검체로

COVID-19 감염증에 대한 RT-PCR 검사를 시행한 결과

음성으로 확인되었습니다.

Sample (검체 종류)

Date and Time (날짜 및 시간) *시간 필수 입력

Remarks (비고)

☐

(비인두도말물)

Sample collected

(검체채취 날짜 및 시간)

☐

(타액)

Result determined

(결과 날짜 및 시간)

Institution

(검사기관명)

Address

(주소)

Physician name

(담당의사명)

Signature and date

(서명 및 날짜)