

****◆JALINFO◆****

关于搭乘中国出发前往日本的 JAL 航班乘客入境日本时核酸检测注意事项

***** Fly into
Tomorrow ****✈

承蒙各位代理人一直以来对日本航空的支持与厚爱。

特此通知自即日起入境日本时，乘客需提供符合下述规定的核酸检测证明。

(一)检测对象

已预定、购买中国出发前往日本的 JAL 航班的乘客 ※需持有效日本在留资格以及再入国许可

※日本籍乘客无需提供核酸检测证明

明

(二)注意事项

1.核酸检测应于乘客登机前 **72 小时内**完成（**以检测报告中标示的检测日期为准**），特别是每周二出发航班因涉及前一周末，请提醒乘客控制好检测时间。

2.在**中国正规医院**接受新冠病毒检测，检测结果需符合日本政府认定的规定格式（**注意：日本政府仅认可“鼻咽拭子”或“唾液”的检测，“口咽拭子”的检测方法不被认可**），检测结果为阴性的检测证明。另外，如遇无法使用该规定格式时，也可用医疗机构出具的任意其他格式，但必需**全部用英文标注**下述记载项目。

请注意：①如果其检测证明的记载内容不完整，很可能将会被拒绝入境日本。

建议和乘客强调最好出具日本政府认定的规定格式。

②再入国对象（入境日本时，需把 COVID-19 检测证明原件与《确认书》同时出示给入境审查官。※新申请在留资格对象乘客・医疗签证・人道签证以及 2020 年 9 月 1 日（含 1 日）之后持再入国许可出境日本的乘客只需 COVID-19 检测证明即可。

【检测证明任意格式记载项目（以下内容全部需用英文标注）】

◎ 乘客身份事项（姓名、护照号码、国籍、出生年月日、性别）

◎ COVID-19 检测证明内容（采样检体（规定格式中两者任选其一），检测手法（规定格式中三者任选其一），检测结果，检体取样日期，检测结果决定时间，检测证明交付时间）

◎ 医疗机构的信息（医疗机构的名称（或医师名）），医疗机构地址、医疗机构公章（或医师署名））

※附件为 **COVID-19 检测证明格式** 样本，以供参考。

详情请参照：https://www.cn.emb-japan.go.jp/itpr_zh/00_000485_00020.html

请各位代理人务必通知到客人，感谢您的理解与配合！

日

本航空

2020年9月

4日

COVID-19 に関する検査証明
Certificate of Testing for COVID-19

Date of issue _____
交付年月日

氏名 _____ パスポート番号 _____
Name _____, Passport No. _____,
国籍 _____ 生年月日 _____ 性別 _____
Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____,

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。
よって、この証明を交付する。

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.

採取検体 Sample (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	検査法 Testing for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①決定年月日 Result Date ②検体採取日時 Sampling Date and Time	備考 Remarks
☐ 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ☐ 唾液 Saliva	☐ 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR) ☐ 核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test		① ②	

	(LAMP) ☐ 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)			
--	---	--	--	--

医療機関名 Medical institution _____
 住所 Address of the institution _____
 医師名 Signature by doctor _____

An imprint of a seal
 印影

Sample

COVID-19 に関する検査証明
 Certificate of Testing for COVID-19

Date of issue _____
 交付年月日

氏 名 _____ パスポート番号 _____
 Name _____, Passport No. _____,
 国籍 _____ 生年月日 _____ 性別 _____
 Nationality _____, Date of Birth _____, Sex _____,

上記の者の COVID-19 に関する検査を行った結果、その結果は下記のとおりである。
 よって、この証明を交付する。

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.

採取検体 Sample (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	検査法 Testing for COVID-19 (下記いずれかをチェック/Check one of the boxes below)	結果 Result	①決定年月日 Result Date ②検体採取日時 Sampling Date and Time	備考 Remarks
☒ 鼻咽頭ぬぐい液 Nasopharyngeal Swab ☐ 唾液 Saliva	☐ 核酸増幅検査 (real time RT-PCR 法) nucleic acid amplification test (real time RT-PCR) ☒ 核酸増幅検査 (LAMP 法) nucleic acid amplification test (LAMP)	Negative	① 29 th May 2020 ② 29 th May 2020 1 PM JST	

	☐ 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)			
--	---	--	--	--

医療機関名 Medical institution _____
住所 Address of the institution _____
医師名 Signature by doctor _____
An imprint of a seal
印影