

****◆◇JAL INFO◆◇

2020/10/2 起广州东京航线每周五复 航 ！

***** Fly into

Tomorrow ****✈

感谢各位代理人一直以来对日本航空的支持与厚爱。

受 COVID-19 影响，日本航空根据各个国家的出入境限制政策，检疫检测制度以及需求趋势不断调整航班运营计划。

因此，我们决定自 2020 年 10 月 2 日起，恢复广州成田线每周五运营。此外，10 月份大连成田线依旧是一周三班通航。（每周二/四/五执飞）

我们将一如既往保持机场及机舱内清洁卫生，为大家提供安心·安全的飞行环境。

■广州=成田线 复航运营计划

※10 月 2 日~10 月 23 日运营计划如下（10 月 24 日之后运营计划尚在调整中）

对象期间	飞行日期	出发地	目的地	航班名	预计出发时间 预计到达时间
2020 年 10 月 2 日 ~10 月 23 日	每周五	广州	成田	JL088	14 : 30 出发 19 : 55 到达
		成田	广州	JL087	08 : 40 出发 12 : 30 到达

※温馨提示:

(1)日本出发至中国

自 9 月 25 日（周五）起所有搭乘日本航空从日本出发入境中国的乘客必须提供由中国大使馆指定的医疗机构在出发日起的 3 天内开具的「COVID-19 核酸检测阴性证明」。办理搭乘手续时，需要提供证明书原件及其复印件。

具体详情请参考中华人民共和国驻日本国大使馆官方网站。

<http://www.china-embassy.or.jp/chn/sgxxs/t1813377.htm>

(2)中国出发至日本

已预定、购买日本航空中国出发前往日本的乘客*1，需提供登机前 72 小时内在中国正规医院接受新冠病毒检测*2 的阴性核酸检测证明（以检测报告中标示的检测日期为准）

*1：※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

*2 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）。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。

※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

烦请您务必告知贵公司已购买日本航空机票的乘客！

日
本
航
空

2020 年 9 月 24 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 (LAMP) ☐ 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)		① ②	

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

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) ☐ 抗原定量検査 antigen test (CLEIA)	Negative	① 29 th May 2020 ② 29 th May 2020 1 PM JST	
--	--	----------	--	--

医療機関名 Medical institution _____

住所 Address of the institution _____

医師名 Signature by doctor _____