

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症に関する療養証明書発行申請書

_____保健所長 様

申請者氏名： _____

(療養を受けた方との続柄： _____)

住所： _____

電話番号： _____

療養期間が終了しましたので、新型コロナウイルス感染症に関する療養証明書の発行を希望します。

1	(フリガナ)	
	療養を受けた方の氏名	
2	療養を受けた方の生年月日	年 月 日
3	住所	
4	電話番号 (固定・携帯電話)	

※ 申請は療養を受けた方またはその家族が行ってください。

※ 電話番号は固定電話か携帯電話のいずれかを必ず記載してください。

※ 現在療養中の方は申請いただけません。療養解除後に申請くださいますようお願いいたします。

※ 証明書の送付先を下記の枠内に記載してください。

郵送時の宛名として使用しますので、誤りがないようご確認ください。

※ 証明書の送付先を記載してください。

〒 _____

(住所) _____

(氏名) _____ 様