

療養証明申請書（新型コロナウイルス感染症）

下関保健所長 様

(申請者)

氏名 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

郵送先 上記住所に郵送してください。
 下記の住所に郵送してください。

(郵送先住所) 〒 _____

下記の者について、療養証明を申請します。

記

氏名		続柄		生年月日	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じです。				
療養の種類 (複数選択)	<input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> 宿泊療養 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 施設内療養		症状	<input type="checkbox"/> 有症状 <input type="checkbox"/> 無症状	
陽性判明日 (医師による診断日)			療養終了日		

(注意)

ご申請はご本人及びそのご家族の方に限ります。ご家族以外の代理人による申請は原則としてできません。

なお、送付先住所が療養時の住所と異なる場合、療養時にご申告いただいた電話番号あてご本人様に保健所から住所等を確認させていただきます。

確認ができない場合は証明書の発行を行うことはできませんので、あらかじめご了承ください。

(申請先)

〒750-8521 山口県下関市南部町1番1号 下関保健所 新型コロナウイルス療養証明担当宛