

自宅療養証明書発行願

令和 年 月 日

記入者の住所

記入者の氏名

(日中連絡先:)

下記の者の自宅療養にかかる証明書の発行を希望します。

HER-SYS ID	氏名	性別			
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	

※発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した日。
無症状の場合は、検体採取日から7日間経過した日。

注意事項

- 必ず返信用封筒(送付先住所・氏名記入・84円切手貼付 ※4枚以上8枚以内の場合は94円)を同封のうえ、以下送付先に郵送してください。
- 医療機関で検査を受け、結果判明まで自宅で待機された期間及び自宅療養終了後、自己判断で療養を延長された期間については、発行することはできません。
- 濃厚接触者として自宅で待機された期間や、発症から診断日までの期間についても、発行することはできません。
- お一人につき1枚の発行となります。複数枚必要な場合は、複写(コピー)してお使いください。

送付先

〒452-0961

清須市春日振形129

愛知県清須保健所 自宅療養証明書交付担当 行