

自宅療養証明書発行願

令和 ●年 ●月 ●日

記入者の住所 清須市春日振形 1 2 9

記入者の氏名 愛知 太郎
(日中連絡先: 090-●●●●-●●●●)

療養終了日の記載の必要・不要のどちらかにチェックを入れ、終了日の記載が必要な方は、続く質問に回答してください。

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	療養終了日の記載
12345678	愛知 太郎	男	陽性判明日	19●●年●●月●●日 2022年●月●日	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あった(●月●日まで)
			生年月日		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)
98765432	愛知 花子	女	陽性判明日	19●●年●月●日 2022年●月●●日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 <input checked="" 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)
87654321	愛知 次郎	男	陽性判明日	20●●年●月●日 2022年●月●日	療養終了日の記載 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input checked="" type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			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)

不明な場合は省略しても構いません。

記憶の範囲で記載してください。

赤枠部分を記載してください。

※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 1 2 9

愛知県清須保健所 自宅療養証明書交付担当 行