

令和 年 月 日

宿泊・自宅療養証明書交付申請書

下記対象者に係る宿泊・療養証明書の交付を申請します。

申請者の氏名

申請者の住所

患者との関係

電話番号（日中連絡がとれる番号）

ふりがな		性別	男・女
患者の氏名			
生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日		
療養期間	陽性診断日： 年 月 日 療養終了日： 年 月 日		
送付先住所	〒		

※療養期間は、書類作成の参考にさせていただきます。お申し出いただいた日付とは異なる日で発行される場合があります。

※療養期間の開始日は診断日になります。

※入院期間の証明は、病院へお問い合わせをお願いします。