

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。

氏名	続柄※	性別	生年月日	陽性診断日
			西暦 年 月 日	年 月 日
			西暦 年 月 日	年 月 日
			西暦 年 月 日	年 月 日
			西暦 年 月 日	年 月 日
			西暦 年 月 日	年 月 日
			西暦 年 月 日	年 月 日
			西暦 年 月 日	年 月 日

※続柄は「記入者からみた続柄」を記載してください。

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）を同封のうえ、以下送付先に郵送してください。※4人以上の場合は94円切手を貼付してください。
- ・保健所が伝えた療養終了日後に、自己判断で自宅療養をした場合については、半田保健所で自宅療養の証明をすることはできません。

送付先

〒475-0903 半田市出口町1丁目45番地4

愛知県半田保健所 生活環境安全課
自宅療養証明書交付担当 行