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  □必要　　□不要  （必要な場合）  療養期間※の延長が  □なかった  □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  □必要　　□不要  （必要な場合）  療養期間※の延長が  □なかった  □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  □必要　　□不要  （必要な場合）  療養期間※の延長が  □なかった  □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  □必要　　□不要  （必要な場合）  療養期間※の延長が  □なかった  □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  □必要　　□不要  （必要な場合）  療養期間※の延長が  □なかった  □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