

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 男・女	発症日 西暦 年 月 日	療養施設の入所 無 有 下記に期間を記入 (月 日 ~ 月 日)
生年月日 西暦 年 月 日	診断日 西暦 年 月 日	入院 無 有 下記に期間を記入 (月 日 ~ 月 日)
HER-SYS ID	療養終了日 西暦 年 月 日	
氏名 男・女	発症日 西暦 年 月 日	療養施設の入所 無 有 下記に期間を記入 (月 日 ~ 月 日)
生年月日 西暦 年 月 日	診断日 西暦 年 月 日	入院 無 有 下記に期間を記入 (月 日 ~ 月 日)
HER-SYS ID	療養終了日 西暦 年 月 日	
氏名 男・女	発症日 西暦 年 月 日	療養施設の入所 無 有 下記に期間を記入 (月 日 ~ 月 日)
生年月日 西暦 年 月 日	診断日 西暦 年 月 日	入院 無 有 下記に期間を記入 (月 日 ~ 月 日)
HER-SYS ID	療養終了日 西暦 年 月 日	

注意事項

- 必ず返信用封筒(送付先住所・氏名記入・110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。
- 9枚以上の証明書が必要な場合は、定形外郵便物となりますので、郵便局のWebサイト等で料金を確認してください。
- 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

〒483-8146

江南市布袋下山町西80番地

愛知県江南保健所

自宅療養証明書交付担当 宛