

様式 1

自宅療養証明書発行願

記入例を参考に必要事項をご記入ください。

自宅療養を 受けた方(氏名)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日
傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症					
療養期間	陽性判明日から 月 日 まで					

※自宅療養期間は陽性判明日～自宅療養最終日まで[※]の期間になります。(宿泊療養施設への入所、病院への入院期間は除きます)

※自宅療養終了後[※]にご記入ください。

上記の事項について、自宅療養証明書の発行を願います。

申請日 令和 年 月 日

愛知県知多保健所 健康支援課 宛て

申請者住所

申請者氏名

(続柄)

電話番号