療養証明書申請願

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　日 | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| フ リ ガ ナ |  |
| 申請者 氏名 |  |
| 続　柄  療養した方との関係 |  |
| 住　　所 | 〒 　 － |
| 電話番号 | －　　　　　－ |

※申請者の氏名・住所等は、療養した方ご本人の氏名又は保護者等としてください。

以下の者の新型コロナウイルス感染症に関する宿泊・自宅療養証明書の発行を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日  （年齢） | 年　　 月　　 日　（ 　 歳） |
| 住　所 |  |
| 診断日 | 令和 　　年　　月　　日 |

【送付先】

〒902-0076 那覇市与儀１丁目３－21　那覇市保健所 保健総務課 療養証明担当 行

※返信用封筒は、送付先の住所氏名を記載して、切手を貼り付けて、申請願に同封してください。

切手を貼った返信用封筒が同封されていない場合は、証明書発行できませんのでご注意ください。

※同一人にて複数の罹患履歴がある場合は、罹患された期間ごとに申請してください。