

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。