

宿泊・自宅等療養証明書発行申請書

八尾市保健所長様

申請者 氏 名：

(療養を受けた方との関係：)

住 所：〒 -

電話番号：

新型コロナウイルス感染症に関する宿泊・自宅等療養証明書の発行を希望します。

1	(フリガナ)	
	療養を受けた方の氏名	
2	送付先住所 (申請者住所と同じ□)	〒 -
3	電話番号 (申請者電話番号と同じ□)	
4	療養を受けた方の生年月日	西暦 年 月 日生まれ
5	療養の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 入院 (入院医療機関名：)
6	療養期間	令和 年 月 日 から 月 日
7	陽性と診断された日	令和 年 月 日
8	診断された医療機関名	
9	症状の有無	<input type="checkbox"/> 症状がなかった <input type="checkbox"/> 症状があった (発症日：令和 年 月 日)

- ※1 療養期間が終了してから申請を行ってください。
- ※2 療養終了日については八尾市ホームページの「新型コロナウイルス感染症 陽性と診断された方・濃厚接触者となられた方へ」をご参照ください。
- ※3 療養期間につきましては、記載いただいた期間を必ず証明するものではありません。場合により、お電話で療養期間中の病状を確認させていただくことがありますのでご了承下さい。

※保健所使用欄

発症日	年 月 日	診断日	年 月 日	解除日	年 月 日
-----	-------	-----	-------	-----	-------