

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。

HER-SYS ID	氏名	性別			
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	
			生年月日	西暦 年 月 日	療養終了日の記載 <input type="checkbox"/> 必要 (必要な場合) 療養期間*の延長が <input type="checkbox"/> なかった <input type="checkbox"/> あった(月 日まで)
			陽性判明日	年 月 日	

※発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過した日。
無症状の場合は、検体採取日から7日間経過した日。

注意事項

- 必ず返信用封筒(送付先住所・氏名記入・84円切手貼付 ※4人以上の場合は94円)を同封のうえ、以下送付先に郵送してください。
- 医療機関で新型コロナウイルス感染症の診断がされる前の期間については、保健所で自宅療養の証明をすることはできません。
- 療養終了日は、原則記載されません。療養終了日の記載が必要な場合は該当箇所に必要事項を記載してください。

送付先

〒448-0857

刈谷市大手町1丁目12番地

愛知県衣浦東部保健所 生活環境安全課
自宅療養証明書交付担当 行