【提出先】

〒583-0024　藤井寺市藤井寺1-8-36

大阪府藤井寺保健所　地域保健課　調整グループ　あて

**療　養　証　明　申　請　書**

大阪府藤井寺保健所長　様

年　　月　　日

　療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）の発行について、以下のとおり申請します。

**１．対象者（陽性者）の氏名及び生年月日等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（漢字・フリガナ） | 生年月日 | 受診した医療機関名 | 受診日 |
|  | 年　　月　　日  |  | 年　　月　　日  |
|  |
|  | 年　　月　　日  |  | 年　　月　　日  |
|  |
|  | 年　　月　　日  |  | 年　　月　　日  |
|  |
|  | 年　　月　　日  |  | 年　　月　　日  |
|  |

※療養証明書で証明する療養期間の開始日は、医療機関で陽性の診断を受けられた日になります。療養期間の開始日が受診日と異なる場合があります。

※療養証明書は医療機関で陽性の診断を受けられた方が発行の対象です。濃厚接触者には発行できません。

※お一人様１枚のみの発行となります。複数枚を必要とする場合は、コピーして使用してください。

**２．送付先の住所**

|  |
| --- |
| 〒 |
|  |

**３．連絡先の電話番号**

|  |
| --- |
| 　　　　　　―　　　　　　― |