

療養証明書発行申請書

池田保健所長 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療養証明書の発行を希望します。

1	療養を受けた方の氏名 (ふりがな)	() ()	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
2	療養を受けた方の住所	〒	
3	電話番号	() -	
4	療養を受けた方の生年月日	年 月 日 生まれ	
5	HER-SYS ID (*)		

* 健康観察をシステム (My HER-SYS) で実施する場合に、保健所から患者あてに発行される6桁から8桁の数字です。
ご不明な場合、記入がなくても結構です。

- ※ 療養期間が終了してから申請を行ってください。発行枚数はお一人につき1通のみの交付となります。
- ※ 療養証明書に記載する療養開始日は、**新型コロナウイルス(COVID-19)の診断日**となります。
発症日ではありませんので、ご注意ください。
- ※ 本申請書送付時は、返信用封筒 (切手の貼付、送付先氏名・住所の記載が必要) を必ず同封してください。
返信用封筒は、申請書1通につき (返信用封筒) 1通必要です。
- ※ 記入いただいた内容によっては、事務処理センターよりご連絡する場合がありますのでご了承ください。

【送付先】

住所 〒563-0041 池田市満寿美町 3 番 19 号

宛先 大阪府池田保健所 地域保健課 (事務処理センター)