

令和 年 月 日

宿泊・自宅療養証明書発行申請書

堺市保健所長 殿

申請者

氏名：

(患者との関係：)

住所：

電話：

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希望します。

フリガナ			<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和
患者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 	患者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
患者の住所 (証明書の 送付先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 ー 市 区 町 丁 (マンション名・号室) 様方		
患者の 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 		
患者の発症日	<input type="checkbox"/> 症状なし(無症状) <input type="checkbox"/> 症状あり(令和 年 月 日)		
患者の診断日 (※1)	令和 年 月 日		
HER-SYS ID(※2) (7または8桁の数字) ※不明の場合は記入不要です			

(※1) 新型コロナウイルス感染症患者であると医師(堺市保健所)から告げられた日

(※2) 健康観察をシステム(My HER-SYS)で行う際に、保健所が患者に発行する7または8桁の数字です。

【送付先】 〒590-0078

堺市堺区南瓦町3番1号

堺市保健所 感染症対策課 企画推進担当 行

宿泊・自宅療養証明書発行申請書 在中