

# 宿泊・自宅療養証明書発行申請書

堺市保健所長 殿

申請日	令和 年 月 日
フリガナ	
申請者の氏名	
患者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外( )
電話番号	

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申請します。

## 【患者情報】

フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	患者の 電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
患者の氏名			
書類の送付先 (患者の住所)	〒 ー ( 様方 )		
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
患者の症状の有無	<input type="checkbox"/> 症状あり (発症日: 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 症状なし (検体採取日: 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)			

(※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) 保健所からお伝えする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