（様式5-2　就業制限に係る確認請求）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　　月　　　日

今治保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　印

就業制限に係る確認について（請求）

令和　　年　　月　　日付け、　　東今健第　　　　―　　　号で通知のあった就業

制限について、感染症者でなくなったことの確認を求めます。

注）請求者の氏名は、記名押印に代えて、自署することができる

**記入例**

（様式5-2　就業制限に係る確認請求）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　○　年　□　月　▲　日

今治保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　今治市旭町●―▲

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　愛媛　花子　　　　　　印

就業制限に係る確認について（請求）

令和　　年　　月　　日付け、　　東今健第　　―　　号で通知のあった就業

制限について、感染症者でなくなったことの確認を求めます。

注）請求者の氏名は、記名押印に代えて、自署することができる