

令和 年 月 日

## 宿泊・自宅療養証明書発行申請書

愛媛県西条保健所長 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宿泊・自宅療養証明書の発行を申請します。

1	ふりがな	
	療養を受けた方の氏名	( 男 ・ 女 )
2	療養を受けた方の生年月日	大正 昭和 年 月 日生まれ 平成 令和
3	療養を受けた方の住所	〒
4	療養証明書の送付先 (3と同じ場合は記載不要)	〒
5	電話番号 (日中連絡のつく番号)	

- ※ 申請は療養を受けた方またはそのご家族が行ってください。
- ※ 現在療養中の方は申請いただけません。療養期間が終了してから申請を行ってください。
- ※ 証明する療養期間の開始日は発症日ではなく、医療機関で陽性の診断を受けられた日となります。
- ※ 療養証明書は医療機関で陽性の診断を受けた方が発行の対象となります。濃厚接触者の方に発行することはできません。

### 【送付先】

住所：〒793-8516 愛媛県西条市喜多川 796-1

宛先：愛媛県西条保健所 健康増進課 感染症対策係 宛