（別紙）

自宅・宿泊療養証明書発行願

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　日 | 令和　　　年　　　　月　　　　日 |
| フ リ ガ ナ |  |
| 申　込　者 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　－ |
| 電 話 番 号 | －　　　　　－ |

※申し込みは、ご本人またはご家族が行ってください。ご家族以外の方からの申込みは　受け付けできません。

　　以下の者の新型コロナウイルス感染症に関する自宅・宿泊療養証明書の発行を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | フリガナ |  | | ※  続柄 |  |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 診断日 | 令和4年　 月 　日 | |
| ２ | フリガナ |  | | ※  続柄 |  |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 診断日 | 令和4年　 月 　日 | |
| ３ | フリガナ |  | | ※　続柄 |  |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 診断日 | 令和4年　 月 　日 | |
| ４ | フリガナ |  | | ※　続柄 |  |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 診断日 | 令和4年　 月 　日 | |
| ５ | フリガナ |  | | ※　続柄 |  |
| 氏　　名 |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 診断日 | 令和4年　 月 　日 | |

　※続柄は、申込者から見た続柄をご記入下さい。

　※申込先：901-1104　南風原町字宮平212番地　沖縄県南部保健所健康推進班あて