

(別紙)

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	〒 ー
電 話 番 号	ー ー

※申し込みは、ご本人またはご家族が行ってください。ご本人またはご家族以外の方からの申し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療養証明書の発行を申し込みます。

1	フリガナ		※ 続柄	
	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号			
2	フリガナ		※ 続柄	
	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号			
3	フリガナ		※ 続柄	
	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号			
4	フリガナ		※ 続柄	
	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日 (歳)		
	電話番号			

※続柄は、申込者から見た続柄をご記入下さい。

※療養終了後に申請してください。(療養中の申請は無効とします)

※記載内容に疑義等がある場合、保健所から確認の連絡を行う場合があります。

※申込先：906-0007 宮古島市平良字東仲宗根 476 番地
沖縄県 宮古保健所 健康推進班あて