

(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