【提出先】

〒583-0024　藤井寺市藤井寺1-8-36

大阪府藤井寺保健所地域保健課　調整グループ　あて

**療　養　証　明　申　請　書**

大阪府藤井寺保健所長　様

年　　月　　日

　療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）の発行について、以下のとおり申請します。

**１．対象者（陽性者）の氏名及び症状の有無等**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名（漢字・フリガナ） | 症状の有無 | （有の場合のみ）発症日 | 希望枚数 |
|  | 有　・　無 | 年　　月　　日 | 枚 |
|  |
|  | 有　・　無 | 年　　月　　日 | 枚 |
|  |
|  | 有　・　無 | 年　　月　　日 | 枚 |
|  |
|  | 有　・　無 | 年　　月　　日 | 枚 |
|  |

※療養証明書で証明する療養期間の開始日は、医療機関で陽性の診断を受けられた後、医療機関が

藤井寺保健所に発生届を提出した日になります。療養期間の始まりは発症日ではありません。

※療養証明書は医療機関で陽性の診断を受けられた方が発行の対象です。濃厚接触者には発行

できません。

**２．送付先の住所**

|  |
| --- |
| 〒 |
|  |

**３．連絡先の電話番号**

|  |
| --- |
| ―　　　　　　― |

**４．提出先**

|  |
| --- |
| 生命保険会社　・　職場　・　学校　・　その他（　　　　　　　　　　　） |

**５．就業制限通知書の希望　※療養期間を証明するものではありません。**

* 希望する　　希望される方は☑を入れてください。