

令和 年 月 日

新型コロナウイルス感染症に係る療養確認通知書発行依頼書

保健所長 殿

(依頼者)

氏 名	(療養者との続柄： ) ※依頼は、ご本人及びそのご家族の方に限ります。それ以外の方が申請される場合は、委任状が必要です。
住 所 (郵送先)	〒
電話番号	— — ※日中に繋がる番号を記入してください。

新型コロナウイルス感染症に係る療養確認通知書の発行を依頼します。

ふりがな	
療養者の氏名	
生 年 月 日	年 月 日
感 染 の 時 期	令和 年 月頃
住 所 ※依頼者の住所と 同じ場合は記入 不要です。	<input type="checkbox"/> 依頼者と同じ 〒