

(様式 10)

(格式 10)

新型コロナウイルス感染症による自宅療養証明書交付願  
因新型冠状病毒感染症在家休养证明的交付申请

患者氏名 性別 男 ・ 女  
患者姓名 性別 男 ・ 女

大正 ・ 昭和  
生年月日 平成 ・ 令和 年 月 日

患者住所  
患者住址

診断年月日 年 月 日  
诊断年月日 年 月 日

必要枚数 枚  
需要的张数 张

上記の者にかかる新型コロナウイルス感染症による自宅療養について、証明  
願います。 上述者因患新型冠状病毒感染症在家休养，请给与证明。

令和 年 月 日

申請者 申请者  
( ー )

住 所

住 址

氏 名

姓 名

(患者との関係 )

(与患者的关系 )

連絡先

联系方式