

# Application for

英語

## the Certificate of At-Home Recovery for COVID-19

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

### Patient information

患者

Name \_\_\_\_\_

氏名

Gender  M · F

性別 男 · 女

Date of Birth (YYYY/MM/DD) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

生年月日

Address \_\_\_\_\_

住所

Date of diagnosis (YYYY/MM/DD) \_\_\_\_\_

診断年月日

Number of sheets required \_\_\_\_\_

必要枚数

I request a Certificate of At-Home Recovery for COVID-19 for the person above.

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。

Date:

### Applicant Information

申請者

(〒 \_\_\_\_\_ )

Address \_\_\_\_\_

住所

Name \_\_\_\_\_

氏名

(Relationship with the patient: \_\_\_\_\_ )

患者との関係

Contact Information \_\_\_\_\_

連絡先