

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
 Solicitud de expedición del certificado de tratamiento médico en el domicilio
 debido a la infección por el nuevo coronavirus

患者氏名 _____ 性別 男 ・ 女
 Nombre del paciente _____ sexo: Masc. Fem.

大正(Taisho) ・ 昭和(Showa)
 生年月日 平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa) 年 月 日
 Fecha de nacimiento _____ (año) (mes) (día)__

患者住所 _____
 Dirección:

診断年月日 _____ 年 月 日
 Fecha del diagnostico _____ (año) (mes) (día)__

必要枚数 _____ 枚
 Cantidad necesaria _____

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。
 Solicito el certificado de que la persona arriba mencionada estuvo en tratamiento
 médico en el hogar debido a la infección por el nuevo coronavirus.

令和 年 月 日
 Reiwa año mes día

申請者(Solicitante)
 (〒 _____)

住 所 _____
 Dirección:

氏 名 _____
 Nombre:

(患者との関係 _____)
 (Relación con el paciente _____)

連絡先 _____
 Telephono de contacto