

(様式 Formulir 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
 Permintaan penerbitan sertifikat perawatan medis di rumah karena
 infeksi covid

患者氏名 性別 男 女
Nama pasien jenis kelamin laki-laki • perempuan
 生年月日 大正 Taisho・昭和 Showa 年 月 日
Tanggal lahir 平成 Heisei・令和 Reiwa Tahun Bulan Tanggal
 患者住所
Alamat pasien
 診断年月日 年 月 日
tanggal diagnosis Tahun Bulan Tanggal
 必要枚数 枚
Jumlah lembar yang dibutuhkan helai

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。

Harap menyatakan perawatan di rumah untuk orang yang disebutkan di
 atas karena terinfeksi covid.

令和 年 月 日
 Reiwa Tahun Bulan Tanggal

申請者 Pemohon
 (〒 -)

住 所

Alamat

氏 名

Nama

患者との関係

(Hubungan dengan pasien)

連絡先

Kontak