

(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)

Solicitação de emissão do comprovante de tratamento médico domiciliar devido a
infecção pelo novo coronavírus患者氏名): _____ 性別: 男 ・ 女
Nome do paciente: _____ Sexo: Masc. ・ Fem大正(Taisho) ・ 昭和(Showa)
生年月日: _____ 年 月 日
Data de nascimento: _____ ano mês dia
平成(Heisei) ・ 令和(Reiwa)患者住所: _____
Endereço do paciente:診断年月日 _____ 年 月 日
Data do diagnóstico _____ ano mês dia必要枚数 _____ 枚
Quantidade necessária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 que seja emitido o comprovante de que a pessoa descrita acima esteve em
tratamento domiciliar para se recuperar do novo coronavírus.日付: _____ 年 月 日
Data: _____ ano mês dia申請者情報(Solicitante)
(CEP (〒) : _____)

住所: _____

Endereço

氏名) : _____

Nome

患者との関係: _____)

Relação com o paciente

連絡先 _____

Telefone de contato