

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
YÊU CẦU XIN CẤP GIẤY CHỨNG NHẬN
ĐIỀU TRỊ Y TẾ TẠI NHÀ DO BỊ LÂY NHIỄM COVID - 19

患者氏名/ Họ tên bệnh nhân _____ 性別/Giới tính 男/nam ・ 女/nữ

大正/Taishou ・ 昭和/Shouwa
生年月日/ Ngày tháng năm sinh _____ 平成/Heisei ・ 令和/Reiwa _____ 年/năm _____ 月/tháng _____ 日/ngày

患者住所/ Địa chỉ bệnh nhân _____

診断年月日/ Ngày tháng năm khám bệnh _____ 年/năm _____ 月/tháng _____ 日/ngày

必要枚数/ Số tờ cần xin _____ 枚/ tờ

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。
Vui lòng xác nhận việc điều trị y tế tại nhà cho người bị lây nhiễm Covid - 19 ở trên.

令和/Reiwa _____ 年/năm _____ 月/tháng _____ 日/ngày

申請者/ Người làm đơn

(印 _____)

住 所/ Địa chỉ _____

氏 名/ Họ tên _____

(患者との関係/ Mối quan hệ với bệnh nhân _____)

連絡先/ thông tin liên lạc _____