

신종 코로나바이러스 감염증과 관련한 숙박요양증명원

신청자 성명: \_\_\_\_\_

연락처: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

아래와 같이 숙박요양증명서의 발급을 신청합니다.

요양자 성명	
생년월일	년 월 일
주소	우편번호
요양시설명	
숙박요양 기간	월 일 ~ 월 일
중화항체약 투여에 걸린 기간	월 일 ~ 월 일
필요한 장수	_____장 (기타 보험회사 양식 등 장)

<우송처 및 문의처>

우편번호 520-8577 오쓰시 교마치 4-1-1

시가현 건강의료복지부 감염증대책과

# 기입예

신종 코로나바이러스 감염증과 관련한 숙박요양증명원

신청자 성명: 시가 다로

연락처: 090-1234-5678

아래와 같이 숙박요양증명서의 발급을 신청합니다.

요양자 성명	시가 다로
생년월일	1990년 1월 1일
주소	우편번호 520-8577 오쓰시 교마치 4-1-1
요양시설명	※요양을 한 호텔명을 기입
숙박요양 기간	1월 1일 ~ 1월 10일
중화항체약 투여에 걸린 기간	1월 2일 ~ 1월 4일
필요한 장수	<u>3</u> 장 (기타 보험회사 양식 등 장)

※중화항체약을 투여 받은 경우에 기입해 주십시오. 또한 중화항체약 투여 후 몸상태가

나빠져서 호텔로 돌아가지 못한 경우는 숙박요양 기간을 입원일까지로 합니다.

당일의 경우...실시일만 기입(예: 1월 1일~1월 1일)

일시 입원한 경우...입원한 기간을 기입(예: 1월 2일~1월 4일)

<우송처 및 문의처>

우편번호 520-8577 오쓰시 교마치 4-1-1

시가현 건강의료복지부 감염증대책과

TEL: 077-528-3582(평일 8:30~17:15)