

**Solicitud de certificado de estancia en el alojamiento para
tratamiento médico relacionado con la infección por el nuevo
coronavirus**

Nombre de solicitante: _____
Teléfono de contacto: _____ - _____ - _____

Por favor, expida un certificado de estancia en el alojamiento para tratamiento médico para la siguiente persona.

Nombre y apellido(s) de la persona ingresada	
Fecha de nacimiento	año: mes: día:
Dirección	Código postal
Nombre del alojamiento para el tratamiento médico	
Duración del tratamiento médico	mes: día: ~ mes: día:
Duración de la administración del anticuerpo neutralizante	mes: día: ~ mes: día:
Número de copias que necesita	_____ copia(s) (Otros formularios, como los de las compañías de seguros copia(s))

<p><Dirección de envío y contacto> 4-1-1, Kyomachi, Otsu-shi Código postal 520-8577 Departamento de Salud y Bienestar de la Prefectura de Shiga, División de Contramedidas de Enfermedades Infecciosas TEL:077-528-3582(días laborables de 8:30 a 17:15) Email: coronataisaku5@pref.shiga.lg.jp</p>
--

Ejemplo

Solicitud de certificado de estancia en el alojamiento para tratamiento médico relacionado con la infección por el nuevo coronavirus

Nombre de solicitante: Taro Shiga
Teléfono de contacto: 090-1234-5678

Por favor, expida un certificado de estancia en el alojamiento para tratamiento médico para la siguiente persona.

Nombre y apellido(s) de la persona ingresada	Taro Shiga
Fecha de nacimiento	año: 1990 mes: 1 día: 1
Dirección	Código postal 520-8577 4-1-1, Kyomachi, Otsu-shi
Nombre del alojamiento para el tratamiento médico	* Escriba el nombre del hotel donde se ha alojado para el tratamiento médico
Duración del tratamiento médico	mes: 1 día: 1 ~ mes: 1 día: 10
Duración de la administración del anticuerpo neutralizante*	mes:1 día: 2 ~ mes: 1 día: 4
Número de copias que necesita	<u>3</u> copia(s) (Otros formularios, como los de las compañías de seguros copia(s))

* Por favor rellene este espacio en caso de que se le haya administrado anticuerpos neutralizantes. En caso de que después de la administración de los anticuerpos neutralizantes se sintiera mal y no volviera al hotel, la duración del tratamiento médico tiene que ser hasta el día del ingreso al hospital.

En caso de que volviera al hotel en el mismo día de haber ido al hospital... escriba sólo el día de la visita hospitalaria

(por ejemplo, mes: 1 día: 1 ~ mes:1 día: 1)

En caso de hospitalización temporal... escriba el periodo de hospitalización

(por ejemplo, de mes: 1 día: 2 ~ mes:1 día: 4)

<Dirección de envío y contacto>

4-1-1, Kyomachi, Otsu-shi

Código postal 520-8577

Departamento de Salud y Bienestar de la Prefectura de Shiga, División de Contramedidas de Enfermedades Infecciosas

TEL:077-528-3582(días laborables de 8:30 a 17:15)

Email: coronataisaku5@pref.shiga.lg.jp