

(様式 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

患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日 \_\_\_\_\_ 大正 ・ 昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_

患者住所 \_\_\_\_\_

診断年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

必要枚数 \_\_\_\_\_ 枚

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。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者 \_\_\_\_\_  
(〒 \_\_\_\_\_ )

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_  
(患者との関係 \_\_\_\_\_ )

連絡先 \_\_\_\_\_