

令和 年 月 日

### 療養証明書発行申請書

池田保健所長 様

申請者 氏 名：  
(療養を受けた方との関係： )  
住 所：  
電話番号：

新型コロナウイルス感染症に関する療養証明書の発行を希望します。

|   |                      |   |
|---|----------------------|---|
| 1 | 療養を受けた方の氏名<br>(ふりがな) | ( )   |
| 2 | 療養を受けた方の住所           | 〒   |
| 3 | 電話番号                 | ( ) -   |
| 4 | 療養を受けた方の生年月日         | 年 月 日生まれ  |
| 5 | 療養の場所                | <input type="checkbox"/> 入院 (医療機関名： )<br><input type="checkbox"/> 宿泊 (施設名： )<br><input type="checkbox"/> 自宅 |
| 6 | 療養を受けた方の発症日          | <input type="checkbox"/> 症状なし (無症状)<br><input type="checkbox"/> 症状あり (令和 年 月 日)                             |
| 7 | HER-SYS ID (*)       |   |

\* 健康観察をシステム (My HER-SYS) で実施する場合に、保健所から患者あてに発行される7桁の数字です。

※ 療養期間が終了してから申請を行ってください。

#### 【送付先】

住所 〒563-0041  
池田市満寿美町 3 番 19 号  
宛先 大阪府池田保健所 地域保健課