

発生届対象外の方、陽性者登録センターに登録の方に対して、**保健所は療養証明の発行は行いません。**
必ずご確認の上、ご不明な場合は保健所までお問い合わせください。

(参考：発生届対象者とは「65歳以上、入院、コロナ治療薬投与・酸素投与、妊婦」の方です。)

令和 年 月 日

自宅療養の証明の発行申請書

※ この申請書は、西多摩保健所の管内8市町村（青梅市、福生市、羽村市、あきる野市、瑞穂町、日の出町、檜原村、奥多摩町）で療養した方が対象です。

東京都西多摩保健所あて

申請者氏名 _____

(療養をしていた方との続柄： (_____)

※申請は、療養者本人または本人が未成年者の場合はその保護者が行うことができます。

1	(よみがな) 療養をしていた方の氏名	(_____)
2	住所	〒 _____
3	電話番号	_____
4	療養をしていた方の 生年月日	T・S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 西暦
5	療養していた時期	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃
6	備考	_____

- ・お送りする証明書は診断年月日を記載した1通です。複数枚必要な場合にはコピーをお取りください。
- ・療養終了日の記載が必要な方は、「6備考」に「終了日記載希望・療養期間」を記入してください。
- ・療養期間を延長した方は、別紙「療養期間中の経過について」を添付してください。

【同封していただくもの】

送付先を記入した返信用封筒（切手は不要）※ 送付先住所は建物名を省略せずにご記入ください。

【送付先】 ↓切り取って送付用にお使いください

198-0042

東京都青梅市東青梅 1-167-15 西多摩保健所

保健対策課 自宅療養担当者 宛

保健所使用欄

※送付先を切り取ったまま
ご提出いただけます。