

療養証明書 申請書

項目	記入欄	備考
ふりがな		
氏名		
性別	男 ・ 女	
生年月日	西暦 年 月 日	
電話番号		昼間に連絡が取れる番号
陽性時の住所		自宅療養・宿泊療養の方はご自宅の住所を、それ以外(友人宅など)はその住所を記入
診断を受けた医療機関		
診断日		陽性の結果が判明し、医師の告知を受けた日
療養終了日		保健所・健康観察チーム・医師の指示があり、療養期間が7日より長い場合のみ記入

★◀返信用封筒▶を同封し、下の【送付先】へ郵送してください。

★◀返信用封筒▶には、

療養証明書を必ず受け取れる宛名（住所・氏名）を明記し、
84円切手を貼付してください。

【お問い合わせ】茨城県土浦保健所 保健指導課：029-821-5516

【送付先】

(切り取って
お使いください)

〒300-0812

土浦市下高津2-7-46

茨城県土浦保健所

新型コロナウイルス感染症療養証明書係