

参 考

療養証明書 郵送申請書

項 目	記 入 欄
ふりがな	
氏 名	
性 別	男 ・ 女
生年月日	西暦 年 月 日
電話番号※ ¹	
陽性時の住所※ ²	茨城県
診断を受けた 医療機関	
診断日※ ³	
療養終了日※ ⁴	
使用用途	

※¹ 昼間に連絡が取れる番号を記載してください。

※² 自宅療養・宿泊療養の方はご自宅の住所を記載してください。なお、療養先が異なる場合（友人宅など）は、その住所を記載してください。

※³ 診断日とは、陽性の結果が判明し、医師の告知を受けた日です。

※⁴ 保健所・健康観察チーム・医師より指示があり、療養期間が10日より長い場合のみ記載してください。