

## 宿泊・自宅療養証明書（新型コロナウイルス感染症専用）

本証明書は、医師、病院・診療所・自治体・保健所等の担当者のいずれかの方がご証明ください。

1. 宿泊療養・自宅療養を受けた方 (氏名)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
2. 傷病名	新型コロナウイルス（COVID-19）感染症			
3. 療養開始日(※1)	年	月	日	
4. 療養終了日(※2) (必要な場合のみ記載)	年	月	日	

※1 「療養開始日」は、新型コロナウイルス(COVID-19)感染症の診断日となります。

※2 宿泊療養又は自宅療養の期間が10日以内である場合には、「療養終了日」の記載を省略することがあります。

上記のとおり証明します。	記入日	年	月	日
所在地	医師・担当者（該当するものに○囲み）			
名称	担当者の場合：役職名			
電話番号	証明者氏名 _____			

(※) 宿泊療養・自宅療養に係る留意事項

- ①本証明書における「療養」とは、感染症法に基づき、宿泊施設、居宅又はこれに相当する場所から外出しないことなど、感染症の防止に必要な協力を実施していただくことを意味します。
- ②療養期間は、当該感染症の感染性を有すると考えられる期間であって、症状を有した期間とは必ずしも一致しません。