

(あて先) 高松市長

## 新型コロナウイルス感染症に関する療養証明申請書

申請日 令和 年 月 日

療養した方	(ふりがな) 氏 名	( )
	住 所	
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
	療養していた時期	令和 年 月 頃
申請者 *療養した方と異なる場合のみ	氏 名	
	療養した方との関係	
	電話番号	
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日

※申請は、療養した方又はその保護者等が行ってください。証明書は療養した方の住所宛てに郵送します。

※感染状況により発行までお時間をいただく場合があります。

### 申請書の送付先

〒760-0074

香川県高松市桜町一丁目10-27

高松市保健所保健予防課 感染症係 療養証明書交付担当 宛

FAX番号 087-813-0221