

神戸市保健所長 へ

年 月 日

確 認 請 求 書

請求者住所

_____ 電話 _____

請求者氏名

下記のとおり、病原体を保有していないことの確認を求めます。

| | | |
|----------------------------|------|------------------------------------|
| 確認を必要とする者 | 住 所 | _____ <input type="checkbox"/> 同 上 |
| | 氏 名 | _____ <input type="checkbox"/> 同 上 |
| | 生年月日 | _____ |
| 診断を受けた日 (※) | | _____ |
| 感染症の名称 新型コロナウイルス感染症 | | |

(※) 診断を受けた日がわからない場合は、新型コロナウイルス感染症に感染したおおよその時期を記入してください。

| | | |
|--------------------------|---------|--|
| 受付 神戸市保健所 | 受付 印 | |
|--------------------------|---------|--|