

(別紙様式)

令和 年 月 日

山形県知事 殿

請求者 住所

氏名

電話番号

患者との関係

就業制限対象非該当確認請求書

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第18条第3項の規定に基づき、就業制限の対象者ではなくなったことの確認を求めます。

記

1 患者の氏名

2 感染症の名称

新型コロナウイルス感染症

3 就業制限通知年月日

令和 年 月 日

4 確認を求める理由

※ 記入方法等は裏面をご参照ください。

※ この請求書を受理後、通知書発行まで数日かかります。

この例を参考に記入のうえ、
次の宛先に郵送(または持参)してください。
※請求書受理から発行まで、数日かかりますので
ご了承ください。

〒992-0012
山形県米沢市金池 7-1-50
置賜保健所保健企画課 感染症対策担当 あて

この請求書を提出する日付を記入

令和 4年 2月 20日

山形県知事 殿

請求者は、「陽性者」又は
「陽性者の保護者」に限られます。

請求者 住所 米沢市〇〇〇〇 1-2-3

氏名 山形太郎

電話番号 0238-〇〇-〇〇〇〇

患者との関係 本人

就業制限対象非該当確認請求書

保護者の方が請求する場合、
「父」「母」「後見人」等とご記入ください。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第18条第3項の規定に基づき、就業制限の対象者ではなくなったことの確認を求めます。

記

1 患者の氏名 山形太郎

2 感染症の名称

新型コロナウイルス感染症

3 就業制限通知年月日

令和 4年 2月 1日

保健所から別に送付する
「就業制限通知書」の年月日をお書きください。
わからなければ空欄で結構です。

4 確認を求める理由

(例) 保険請求のため

職場に提出するため など