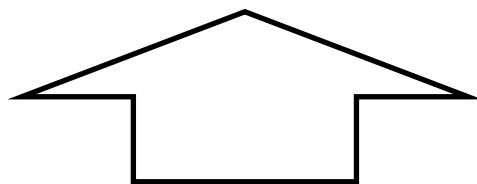


FAX 34-3299



新型コロナウイルス感染者自宅療養支援事業

申込書

希望事業	1 市保健師による健康状態確認 2 食料品等配付事業 3 パルスオキシメーター貸出事業 <input type="checkbox"/> 使用終了後は速やかに返却することを誓約します。 (↑ チェックが必要です) ※いずれかを○で囲む
開始希望日	月 日から
氏名	
住所	
電話番号	
発症日※	月 日

※発熱などの症状がある場合は症状が出た日、症状がない場合はPCR検査等で陽性が判明した日

現在の症状等ご記入ください