

# 記載例

様式第2号

## 医療機関証明書

福山市長 様

次の者は、新型コロナウイルス感染症患者及びその疑いのある患者等に、下記のとおり対応を行ったことにより、帰宅困難な状況にあったことを証明します。

1 医療従事者の状況についてご記入ください。

名前 福山 太郎  
所属 診療部  
職種 看護師  
生年月日 1998年 7月 31日  
対応日時 2020年 8月 1日 10時00分～11時00分  
宿泊期間 2020年 8月 1日～ 2020年 8月 2日

年の表記は、  
西暦、元号  
どちらでも  
構いません。

2 次の事項について確認を行って、□に✓を入れてください。

- 新型コロナウイルス感染症患者又はその疑いのある患者に、直接的な対応を行った者であること
- 単身世帯でないこと

3 患者との接触状況についてご記入ください。

《記載例》

**1に記載した医療従事者は、当日PCR検査に係る検体採取の補助を行い、新型コロナウイルス感染症を疑う患者に対応したものです。**

2020年 8月 2日

所在地 福山市〇〇町〇〇丁目〇〇番〇〇号

医療機関名 〇〇病院

代表者名 病院長 〇〇 〇〇

印