

就業制限非該当者確認申請書

令和 3 年〇月〇日

※記入した日

能登北部保健所長 殿

申請者住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇

電話番号 △△△-△△△-△△

氏名 石川 太郎

印

私は（下記の者は）、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 2 項の規定の対象者でなくなったことの確認を求めたいので、同条第 3 項の規定により、申請します。

記

1 法第 18 条第 2 項の対象者でなくなった者の氏名及び住所	氏名 石川 梅子 住所 石川県〇〇町〇〇 ※就業制限の対象でなくなった方の保護者が申請する場合のみ記入します
2 確認申請の理由	〇〇〇〇のため ※使用用途等を記載します

注 1 法第 18 条第 2 項の対象者でなくなった者の氏名及び住所欄は、保護者が申請する場合にのみ記載して下さい。

2 申請には、法第 18 条第 1 項の通知書の写しを添付して下さい。

3 申請者本人（法人にあっては、代表者に限る。）が署名する場合は、押印を省略することができます。