

# 就業制限非該当者確認申請書

令和 年 月 日

能登北部保健所長 殿

申請者住所

電話番号

氏名

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 住所
2 確認申請の理由	

- 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。