

休業証明書

医療施設名		
住所	〒 -	
代表者名		
閉院等 ^(*) の理由 ※該当箇所に✓をご記入ください (両者を選択する場合は、それぞれに✓を ご記入ください)	発生事由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者・ <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 が発生
	対象者	<input type="checkbox"/> 対象者は当該医療施設の職員である
閉院等の開始日	年 月 日	

(*) 休診日を含む連続7日（7 営業日ではない）以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖すること

上記の通り、当該医療施設が休診日を含む連続7日（7 営業日ではない）以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖したことを確認しました。

年 月 日

【記入例】休業証明書

医療施設名	日医クリニック	
住所	〒 113 - 8621 東京都文京区本駒込 2-28-16	
代表者名	日医 太郎	
閉院等 ^(*) の理由 ※該当箇所に✓をご記入ください (両者を選択する場合は、それぞれに✓を ご記入ください)	発生事由	<input checked="" type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者・ <input checked="" type="checkbox"/> 濃厚接触者 が発生
	対象者	<input checked="" type="checkbox"/> 対象者は当該医療施設の職員である
閉院等の開始日	2021年●月●日	

(*) 休診日を含む連続7日（7営業日ではない）以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖すること

上記の通り、当該医療施設が休診日を含む連続7日（7営業日ではない）以上の閉院もしくは外来を全面閉鎖したことを確認しました。

2021年●月●日

●● 医師会

会長 ●● ●● (印)

※医師会の署名・捺印は、担当理事名または事務局長名でも結構です。