

## 新型コロナウイルス感染症にかかる退院届

令和 年 月 日

札幌市保健所長 様

所在地  
医療機関名

感染症名:新型コロナウイルス感染症(指定感染症)	
ふりがな 患者氏名	
患者生年月日	
転帰	1 退院(寛解・転棟等含む) 月 日 2 死亡 月 日 3 転院 月 日 (転院先: ) 4 その他 月 日 (理由: )

※個人情報のため提出の際には十分にご注意ください。

提出先:札幌市新型コロナウイルス感染症医療対策室(公費担当)

FAX : 011-622-5168 または

E-mail : [kansensyo@city.sapporo.jp](mailto:kansensyo@city.sapporo.jp) または

郵送: 〒060-0042 札幌市中央区大通西 19 丁目