④ Ini adalah dokumen sebagai contoh untuk dapat memahami dokumen yang tertulis dalam bahasa Jepang.

Dokumen yang sah adalah yang dikeluarkan oleh Pusat Penanganan Kesehatan dalam bahasa Jepang.

＿＿＿＿＿＿No.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tahun.\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bulan\_\_\_\_\_Tanggal\_\_\_\_

Kepada Yth.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kepala Pusat Penanganan Kesehatan\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pemberitahuan: Perpanjangan jangka waktu rawat inap

Mengenai rawat inap Anda yang sudah diberitahukan pada Tahun\_\_\_\_\_\_Bulan\_\_\_Tanggal\_\_\_dengan surat Pusat Penanganan Kesehatan No.\_\_\_\_\_\_\_, berdasarkan aturan Pasal 20, Paragraf 4 (diterapkan berdasarkan Pasal 26 dan Pasal 26-2 ), Undang-Undang Pencegahan Penyakit Menular dan Perawatan Medis untuk Pasien Penderita Penyakit Menular (selanjutnya akan disingkat menjadi UU) yang dijalankan berdasarkan Peraturan Pemerintah Pasal 3 yang menetapkan COVID-19 sebagai Penyakit Menular yang Ditetapkan, kami memberitahukan bahwa jangka waktu rawat inap Anda akan diperpanjang sebagai berikut.

1. Institusi Medis yang Anda rawat inap
   1. Nama
   2. Alamat

1. Jangka waktu rawat inap yang diperpanjang

Sejak Tahun\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bulan\_\_\_Tanggal\_\_\_

Sampai dengan Tahun\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Bulan\_\_\_Tanggal\_\_\_

1. Alasan kenapa jangka waktu rawat inap diperpanjang
   1. Untuk mencegah penyebaran Penyakit Menular
   2. Karena sudah diketahui bahwa Anda memiliki gejala-gejala Penyakit Menular

1. Lainnya

Anda dapat mengajukan permohonan untuk keluar dari institusi medis berdasarkan aturan UU Pasal 22, Paragraf 3 (diterapkan berdasarkan UU Pasal 26). Sebagai akibatnya, Apabila tubuh Anda sudah dinyatakan tidak memiliki kuman penyakit menular yang bersangkutan atau gejala-gejala penyakit menular bersangkutan sudah hilang, rawat inap Anda dapat diselesaikan berdasarkan aturan UU Pasal 22, Paragraf 1 (diterapkan berdasarkan Pasal 26).

Berdasarkan peraturan yang tertulis pada UU Pasal 24-2, Paragraf 1, Anda dapat mengajukan keluhan mengenai perawatan yang Anda terima selama rawat inap secara tertulis atau lisan.

Bagian Penanggung jawab\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_