

## 新型コロナウイルスワクチン 予防接種済証（臨時）交付願

年 月 日

大阪市\_\_\_\_\_区保健福祉センター所長 様

申請者 現住所：

電 話： — —

ふりがな

氏 名：

被接種者との続柄（ ）

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチン予防接種済証（臨時）の交付を願います。

被接種者	接種時の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	ふりがな	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 男 ・ 女
	生年月日	西暦 年 月 日生
保護者	住 所	(申請者と同一の場合、記入不要です) 電話 — —
	氏 名	
発行理由		医療従事者または高齢者施設入所者・従事者で新型コロナウイルスワクチン接種を行ったが、予防接種済証（臨時）の交付を受けていないため

手数料を徴収せず交付

※添付書類 新型コロナワクチン接種記録書  
記録書がない場合理由（・紛失 ・その他 ）