

新型コロナウイルスワクチン接種済証明書発行申請書

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接種済証明書の交付を申請します。

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		
接種歴	回数	接種時期	接種場所
	1回目	年 月 日頃	
	2回目	年 月 日頃	
	3回目	年 月 日頃	
	4回目	年 月 日頃	
	5回目	年 月 日頃	

※接種歴については不明であれば空白でも可

手数料 250 円 (1 通あたり)

※手数料は証明書発行時に徴収します。