

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 住 所：
 電 話： — —
 氏 名：
 被接種者との続柄（ ）

次の理由により、接種済証明書を交付していただきますよう申請します。

被接種者	住 所		
	氏 名	男 ・ 女	
	生年月日	年 月 日生（ 歳 ヶ月）	
保護者	住 所	（申請者と同一の場合、記入不要です）	
		電 話	— —
接種歴		接種時期	接種場所
	1 回目	年 月 日頃	
	2 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）