様式第１号の１

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 | □申請者と同じ |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 | □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 |  |

※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。