

新型コロナウイルスワクチン接種済証明願

令和 年 月 日

古賀市長 宛

(申請者)

住 所

連絡先

氏 名

私は、下記のとおり、新型コロナウイルスのワクチンを接種済であるため、このことについて証明願います。

記

氏 名			
住 所			
生年月日	年 月 日		
接種1回目	接種日	(西暦) 年 月 日	
	接種場所		
接種2回目	接種日	(西暦) 年 月 日	
	接種場所		
ワクチン	製造販売業者		
	ロット番号	1回目	
		2回目	

(切り取らないでください)

事務処理欄

申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人
申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 (受付日:)
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
受付者	