

新型コロナウイルスワクチン接種済証明願兼証明書

令和 年 月 日

大川市長 様

(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	令和 年 月 日	
	接種場所		
接種2回目	接種日	令和 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	

(ここから下は記入しないでください)

上記のとおり、新型コロナウイルスのワクチンを接種済であることを証明します。

令和 年 月 日

大川市長 倉重 良一 印