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

高森町長　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

高森町長　草村　　大成　　印