

医療従事者等が申請を行う場合

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

西条市長 玉井 敏久 様

(申請者)  
住 所  
連絡先  
氏 名

「申請日」と申請者の  
「住所」「連絡先」「氏名」を  
記入してください。

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	<p><u>「新型コロナワクチン接種記録書」を参考に記入して</u> ください。</p>
住 所	
生年月日	
接種1回目	
接種2回目	
ワクチン	

(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  
西条市長 玉井 敏久 印