

	被接種者名	ふりがな	被接種者住所	被接種者生年月日	種類	署名又は捺印
1	高槻 太郎	たかつき たろう	高槻市桃園町2-1	昭和 17 年 1 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	高槻 太郎
2	今城 花子	いましろ はなこ	高槻市城東町5-7	昭和 30 年 10 月 1 日	<input checked="" type="checkbox"/> インフル <input checked="" type="checkbox"/> コロナ	今城
3					<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	
4					<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	
5				年 月 日	<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	
6				年 月 日	<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	
7				年 月 日	<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	
8				年 月 日	<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	
9				年 月 日	<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	
10				年 月 日	<input type="checkbox"/> インフル <input type="checkbox"/> コロナ	

住民票上の住所を記入してください

希望する予防接種の種類にレ点を入れてください

署名または捺印してください

私は次の者を代理人と定め、令和7年度における上記の高槻市予防接種費用無料証明書交付申請に関する一切の権限を委任します。

(代理人)

住所 大阪府高槻市●●町●●番●●号 有料老人ホーム■

氏名 安満 二郎



印