新型コロナワクチン接種確認書

社会医療法人 愛仁会
高槻病院院長 髙岡 秀幸　殿

新型コロナワクチン接種有無について、以下の通り申告します。

1 回目	**済**	接種日：　　年　　月　　日	接種会場
	未	接種予定【　無　・　有　】(接種予定日：　　)	
2 回目	**済**	接種日：　　年　　月　　日	接種会場
	未	接種予定【　無　・　有　】(接種予定日：　　)	
3 回目	**済**	接種日：　　年　　月　　日	接種会場
	未	接種予定【　無　・　有　】(接種予定日：　　)	

備考欄

年　　月　　日

所属 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿