

滋賀県通勤通学証明書

(関係者証明書)

フリガナ 氏 名	
生年月日	
備 考	

上記の者が当事業所（大学等含む。）に通勤通学している、または当事業所の関係者であることを証明します。

令和4年 月 日

事業所（施設）名等 _____

所 在 地 _____

事業所（施設）・学校の長 _____

(施設の長の直筆の場合、押印不要)

※事業所、学校のキャンパス等の所在地が滋賀県内でない場合、県広域ワクチン接種センターで接種を行うことができませんので御了知願います。