**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。