

新型コロナウイルスワクチン 接種券発行申請書

八代市長 宛

令和 年 月 日

申請者	氏名 (カナ)	()		
	電話番号			
	被接種者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
被接種者	氏名 (カナ)	()		
	住所	〒		
	生年月日	年	月	日
送付先住所 <small>※上記住所以外の場合のみ記入</small>		〒		
発行を希望する 接種券の種類		<input type="checkbox"/> 1回目接種用の接種券 (未接種の方) <input type="checkbox"/> 2回目接種用の接種券 (1回接種済の方) <input type="checkbox"/> 3回目接種用の接種券 (2回接種済の12歳以上の方) <input type="checkbox"/> 4回目接種用の接種券 (3回接種済の18歳以上の方) ※ 18歳以上59歳以下の方は基礎疾患のある方等が対象です		
申請理由		<input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失による再発行 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 届いた接種券は接種に使わず医師との相談 (予診) のみで使用した <input type="checkbox"/> その他 ()		
接種状況 <small>※接種済証、接種記録書、接種証明書を提出される方は、記入不要です。 ※再発行の方は記入不要です。 ※分かる範囲で記入してください。</small>		<input type="checkbox"/> 未接種		
		<input type="checkbox"/> 接種済	前回の接種情報 <input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 接種日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ワクチンの種類： <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他 () 接種日時点の住民票登録自治体： <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> _____ 都道府県 _____ 市区町村 </div>	