

接種履歴確認書 兼 接種券発行申請書 (新型コロナウイルス感染症)

合志市長宛

令和 年 月 日

申請者 ^{ふりがな}氏名

住所

電話番号

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他 ()

接種券発行を希望される場合は、希望の接種券の欄に✓印をつけてください。

1・2回目接種券 3回目接種券 4回目接種券 5回目接種券

●被接種者

ふりがな 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
住民票に記載の 住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
生年月日		年 月 日

●申請理由等

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種済証の再発行 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <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 ()
前回接種完了時点での 住民票上の自治体	都道 市区 府県 町村

●接種状況 ※ 接種済証、接種記録書、接種証明書等を提出される方は、記入不要です。

<input type="checkbox"/> 未接種 (未接種者の際は <input type="checkbox"/> ををお願いします。)		
	接種日	ワクチン種類
1回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 { }
2回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 { }
3回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 { }
4回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 { }
5回目	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 { }
オミクロン株対応ワクチンを接種しましたか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

裏面につづく

