

接種券再発行申請書(新型コロナワクチン)

令和 年 月 日

大崎町長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

〒

住所 ① _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族
その他()

下記の通り、接種券発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
	住民票に記載の 住所 ②	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒 _____		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日			
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ			
送付先住所		<input type="checkbox"/> ①申請者の住所 と同じ			
		<input type="checkbox"/> ②被接種者の住民票住所 と同じ			
		<input type="checkbox"/> その他 〒 _____			

申請内容

未接種の方	1回目のみ 接種済の方	2回目まで 接種済の方	3回目まで 接種済の方	4回目まで 接種済の方
<input type="checkbox"/> 1・2回目用接種券	<input type="checkbox"/> 2回目用接種券	<input type="checkbox"/> 3回目用接種券	<input type="checkbox"/> 4回目用接種券	<input type="checkbox"/> 5回目用接種券

※オミクロン株対応ワクチンは、1人あたり1回接種することができます。

申請理由

<input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失	<input type="checkbox"/> 接種券の破損	<input type="checkbox"/> 接種券が届かない
<input type="checkbox"/> 予診のみで接種券を使用	<input type="checkbox"/> その他()	