

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

大台町長宛

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（ ）

被 接 種 者	<small>ふりがな</small> 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	〒
	生年月日		年 月 日
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ		
申請理由	<input type="checkbox"/> 転入※ <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"/> 基礎疾患等を有する <input type="checkbox"/> 医療従事者 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

※転出元で発行された未使用の接種券がお手元にある方は、廃棄してください。

（裏面につづく）

<p>前回の接種状況</p> <p>※接種済証、接種記録書、接種 証明書を提出される方は、本 欄は<u>記入不要</u>です。</p> <p>※直近の接種について分かる範 囲で記入してください。</p>	<p>①前回接種日： _____ 年 月 日</p> <p>②前回の接種回数： _____ 回目</p> <p>③前回ワクチン種類： _____</p> <p>④前回の接種方法（当てはまるものにチェック）：</p> <p><input type="checkbox"/> 市町村の会場や医療機関、職域会場での接種 （接種券を送ってきた市町村名： _____）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____）（※1）</p> <p>※自衛隊や都道府県が設けた大規模接種会場で接種した方は「市町村の会場や医療機 関、職域会場での接種」を選んでください。</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※1 「接種の方法」の「その他」には以下の方法が当てはまります。

- ・ 海外在留邦人等向け新型コロナワクチン接種事業での接種
- ・ 在日米軍による接種
- ・ 製薬メーカーによる治験等としての接種
- ・ 海外での接種
- ・ 上記の他、市町村の会場や医療機関、職域会場での接種に当てはまらない接種