

新型コロナウイルスワクチン接種券発行申請書兼接種記録確認同意書

令和 年 月 日

座間市長宛

申請者 氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

次のとおり、接種券の発行を申請します。

申請理由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他 ()				
申請理由が「転入」の場合、転入前の市区町村	都 道	市 区	府 県	町 村	
(転入による発行申請の場合は、以下の確認をお願いします。) 接種券の発行に当たっては、ワクチン接種記録システム上において、座間市が個人情報(氏名・生年月日・性別)により、申請者や発行対象者の接種履歴について以前にお住まいの市区町村に確認することに同意します。					同意チェック欄 <input type="checkbox"/>
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 _____			
発行対象者					
	氏名	続柄	生年月日	性別	接種状況
1	(ふりがな) _____		大正・昭和・平成 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
2	(ふりがな) _____		大正・昭和・平成 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
3	(ふりがな) _____		大正・昭和・平成 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
4	(ふりがな) _____		大正・昭和・平成 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
5	(ふりがな) _____		大正・昭和・平成 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
6	(ふりがな) _____		大正・昭和・平成 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
7	(ふりがな) _____		大正・昭和・平成 年 月 日	男 女	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)