

# 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

滝上町長宛

申請者 ふりがな 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、消失 <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」の場合は、以下もご記入ください。					
転入前の 市区町村	都道 府県	市区 町村			
接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、滝上町が個人情報(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)