

接種券発行申請書（新型コロナワクチン接種）

令和 年 月 日

常総市長 殿

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（ ）

※ 転入を理由に本申請を行う方は、転出元で発行された接種券がお手元にある場合、その接種券は廃棄してください。

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"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 転入 <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（ ）	
【最終接種状況】 <input type="checkbox"/> 未接種・ <input type="checkbox"/> 2～6回目接種 <small>・本欄で、接種状況（未接種または2～6回目接種の該当する方）に ✓を記入してください。</small> <small>・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 記入不要です。</small> <small>・分かる範囲で記入してください。</small>		①接種日： _____ 回目接種 _____ 年 月 日（※1） ②ワクチン種類： <input type="checkbox"/> ファイザー社 <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ社 <input type="checkbox"/> 武田（ノババックス） <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ） ③接種の方法（当てはまるものにチェック） <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： _____ ） <input type="checkbox"/> その他（具体的に： _____ ）（※2） <small>※1 未接種の場合、本欄①～③の記入は必要ありません。</small> <small>※2 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。</small>	