

予防接種済証発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

（宛先）大紀町長

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 大紀町 _____

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同居の親族

その他（ ）

下記のとおり、予防接種済証の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな 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	〒 大紀町
	生年月日		年 月 日
最終の接種状況 ※接種記録書の写しを提出する場合は記入不要です。		()回接種済み 接種日：令和 年 月 日 接種場所：	
申請理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒

【事務使用欄】

受付日	受付方法	受付者	整理番号	交付日	交付方法
/	窓口			/	窓口
	郵送				郵送

受付印