

# 接種券再発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

大紀町長宛

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  法定代理人及び成年後見人等

下記のとおり、接種券の発行を申請します。（接種券は、接種可能時期に合わせて送付します）

被 接 種 者	ふりがな 氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	住民票記載住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒 大紀町
	生年月日		年 月 日
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"/> 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 ( )		
送 付 先 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

接種状況（接種済証、接種記録書、接種証明書の写しを提出する方は記入不要です）

1回も接種していない

( )回接種済み

最終の接種状況

回数	接種日	ワクチン種類	接種場所
回目		<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田・モデルナ <input type="checkbox"/> 小児用ファイザー <input type="checkbox"/> その他( )	