

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

東かがわ市長宛

申請者 ふりがな 氏名 _____

住所 〒 _____
（住民票に記載の住所）

電話番号 _____

被接種者との続柄 本人 同一世帯員 その他（ ）

必要な接種券		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目			
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	〒 東かがわ市		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和 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"/> 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（ ）			
接種券が必要な 方の接種状況		前回の接種 _____回目 前回の接種日 _____年 _____月 _____日			
※再発行の方、接種済証・接種記録書・接種証明書の写しを提出される方は記入不要です。		ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上用/従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー(12歳以上用/オミクロン株2価) <input type="checkbox"/> モデルナ (従来型) <input type="checkbox"/> モデルナ (オミクロン株2価) <input type="checkbox"/> ファイザー (5～11歳/従来型) <input type="checkbox"/> ファイザー (5～11歳/オミクロン株2価) <input type="checkbox"/> ファイザー (乳幼児用：生後6か月～4歳) <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> その他（ ）			

【注意事項】

記入内容に不明点等がある場合、申請者または被接種者にご連絡させていただくことや、資料等の提出をお願いさせていただくことがございますので、予めご了承ください。