

新型コロナワクチン接種券発行（再発行）申請書

令和 年 月 日

出雲市長 様

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（ ）

下記の被接種者について、新型コロナワクチン接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 申請者	
	氏名	と同じ	
	住民票記 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	〒	
発行希望の 接種券	<input type="checkbox"/> 1,2回目 <input type="checkbox"/> 2回目のみ <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 <input type="checkbox"/> 5回目 <input type="checkbox"/> 6回目 <input type="checkbox"/> 7回目		
申請理由	<input type="checkbox"/> 接種券の紛失・破損 <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <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（ ）		
同意事項	<input type="checkbox"/> 【上記の送付先住所が被接種者の住民票に記載の住所と異なる場合】 接種券の発行及び接種券送付について被接種者から異議の申し出があったときは、私(申請者)の責任において解決し、出雲市に一切の迷惑をかけないことを確約します。		

接種記録 (わかる範囲で ご記入ください)	1回目	接種日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他()
	2回目	接種日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他()
	3回目	接種日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他()
	4回目	接種日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他()
	5回目	接種日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他()
	6回目	接種日	年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他()

【市記入欄】 *以下は記入しないでください

受付方法	受付	作成	照合	メモ
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> その他（ ）				