

接種券（再）発行申請書（新型コロナウイルス感染症）【初回接種用】

令和 年 月 日

新十津川町長宛

申請者 氏名（ふりがな）

住所

〒

電話番号

被接種者との続柄

本人 同一世帯員 その他（
職権

下記のとおり、接種券の発行を申請します。

被 接 種 者	氏名 <small>ふりがな</small>	<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
発行を希望する接種券 (複数選択可能)		<input type="checkbox"/> 1回目接種用 <input type="checkbox"/> 2回目接種用 <input type="checkbox"/> 3回目接種用	
送付先住所		<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	
申請理由		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 印字された接種券情報に変更が生じた（住所・氏名等） <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"/> 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（	