

接種券発行申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

酒々井町長宛

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（ ）

下記の事項に同意の上、接種済証の写しを添え、接種券の発行を申請します。

（下記をよくお読みの上、にチェックしてください。）

酒々井町が個人番号（マイナンバー）又は他の個人情報（氏名・生年月日・性別）により、被接種者のこれまでの接種記録を確認します

追加接種（3回目、4回目、5回目）では、オミクロン対応ワクチンで接種します

被 接 種 者	<small>ふりがな</small>	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ				
	氏名					
	住民票に 記載の住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	酒々井町			
	生年月日	年 月 日				
	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
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 状 況	回数	接種日	ワクチンの種類	接種場所	接種券発行市町村	
	1回目	年 月 日				
	2回目	年 月 日				
	3回目	年 月 日				
	4回目	年 月 日				
	5回目	年 月 日				

以下保健センター使用欄

住民登録日	VRS接種日	接種券番号	健康管理入力日	Wチェック日	発行日	交付日

VRS、健康管理システムにて接種歴確認。追加接種は3か月もしくは5か月後に案内郵送