

接種券再発行申請書兼接種記録確認同意書
(新型コロナウイルス感染症)

令和 年 月 日

せたな町長 宛

申請者 ふりがな 氏名 _____
住所 _____
電話番号 _____

次のとおり、接種券の発行を申請します。

申請理由	<input type="checkbox"/> 町外からの転入 <input type="checkbox"/> 接種券の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種券の破損 <input type="checkbox"/> 住民票等に記載がない <input type="checkbox"/> 接種券が届かない <input type="checkbox"/> その他 ()		
前住所地 (※転入の場合のみ)	都 道 府 県	市 区 町 村	
同意欄 (※転入の場合のみ)	新接種券の発行にあたっては、ワクチン接種記録システム上において、せたな町が個人情報により、申請者や発行対象者の接種記録について以前にお住まいの市区町村に確認することに同意します。		同意チェック欄 <input type="checkbox"/>
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	〒	

発行対象者

	<small>ふりがな</small> 氏名	続柄	生年月日	接種状況
1	_____		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
2	_____		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
3	_____		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
4	_____		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
5	_____		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
6	_____		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)
7	_____		大正・昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回接種(令和 年 月 日)

転出元自治体で発行された旧接種券も一緒に提出して下さい。記載済みの接種済証部分は、確認後お返しします。お手元に保存しておいて下さい。