

接種券発行申請書兼接種記録確認同意書【3回目接種用】

令和 年 月 日

みよし市長

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 ()

- ・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（VRS）上において、みよし市が個人番号（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、被接種者の以前のお住いの市区町村における記録を確認します。
- ・転出元で発行された3回目接種用の接種券がお手元にある場合は、破棄してください。

上記に同意の上、下記のとおり、接種券の発行を申請します。

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	〒	
	生年月日	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 状 況	接種日	メーカー	ロットNo.	接種時に住民票の あった市町村
	1回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 他()		
	2回目 年 月 日	<input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> 武田/モデルナ <input type="checkbox"/> アストラゼネカ <input type="checkbox"/> 他()		
送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者 と同じ	〒		