

ワクチン接種済証再交付申請書（新型コロナウイルス感染症）

令和 年 月 日

神栖市長様

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 同居の親族

その他 ()

下記のとおり、接種済証の発行を申請します。

被 接 種 者	ふりがな	<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	〒		
	生 年 月 日	西 暦	年	月	日
接種状況		<input type="checkbox"/> 1回接種済 <input type="checkbox"/> 2回接種済 <input type="checkbox"/> 3回接種済 <input type="checkbox"/> 4回接種済			
申請理由		<input type="checkbox"/> 接種済証の紛失、滅失 <input type="checkbox"/> 接種済証の破損 <input type="checkbox"/> その他 ()			

< 確認欄 >

	受 渡	発 行	受 付